

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1909

THÈSE

N°

343

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 7 Juillet 1909, à 1 heure

Par M. PAUL DELMASURE

Né à Roubaix le 12 Décembre 1880.

ENQUÊTE SUR LES RÉSULTATS ÉLOIGNÉS

DU

TRAITEMENT MÉDICAL DE L'ULCÈRE DE L'ESTOMAC dans la clientèle hospitalière

Président : M. HARTMANN, Professeur.

Juges : MM. SEGOND, Professeur.

MAUCLAIRE,

OMBRÉDANNE,

} *Agrégés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1909

100

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1909

THÈSE

N°

343

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 7 Juillet 1909, à 1 heure

Par M. PAUL DELMASURE

Né à Roubaix le 12 Décembre 1880.

ENQUÊTE SUR LES RÉSULTATS ÉLOIGNÉS

DU

TRAITEMENT MÉDICAL DE L'ULCÈRE DE L'ESTOMAC

dans la clientèle hospitalière

Président : M. HARTMANN, Professeur.

Juges : MM. SEGOND, Professeur.

MAUCLAIRE,

OMBRÉDANNE,

} *Agrégés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1909

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M.	LANDOUZY.
Professeurs.....	MM.	
Anatomie.....		NICOLAS.
Physiologie.....		CH. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale.....		GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....		{ DEJERINE.
Pathologie chirurgicale.....		BRISSAUD.
Anatomie pathologique.....		LANNELONGUE.
Histologie.....		MARIE (Pierre).
Opérations et appareils.....		PRENANT.
Pharmacologie et Matière médicale.....		HARTMANN.
Thérapeutique.....		POUCHET.
Hygiène.....		GILBERT.
Médecine légale.....		CHANTEMESSE.
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie.....		THOINOT.
Pathologie comparée et expérimentale.....		CHAUFFARD.
		ROGER.
		HAYEM.
Clinique médicale.....		{ DIEULAFOY.
		DEBOVE.
Clinique des maladies des enfants.....		LANDOUZY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		HUTINEL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale..		GAUCHER.
Clinique des maladies nerveuses.....		BALLET (Gilbert).
		RAYMOND.
		QUENU.
Clinique chirurgicale.....		{ RECLUS.
		SEGOND.
Clinique ophtalmologique.....		DELBET.
Clinique des voies urinaires.....		DE LAPERSONNE.
		ALBARRAN.
Clinique d'accouchements.....		{ PINARD.
		BAR.
Clinique gynécologique.....		RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique chirurgicale infantile.....		POZZI.
Clinique thérapeutique.....		KIRMISSON.
		ROBIN.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
AUVRAY.	CUNEO.	LAUNOIS.	NOBECOURT.
BALTHAZARD	DEMLIN.	LECENE.	OMBREDANNE.
BEZANCON.	DESGREZ.	LEGRY.	POTOCKI.
BRANCA.	DUVAL.	LENORMANT.	PROUST.
BRINDEAU.	GOSSET.	LOEPER.	RENON.
BROCA (André).	GOUGET.	MACAIGNE.	RICHAUD.
BRUMPT.	JEANNIN.	MAILLARD.	RIEFFEL.
CARNOT.	JEANSELME.	MARION.	SICARD.
CASTAIGNE.	JOUSSET.	MORESTIN.	ZIMMERN.
CLAUDE.	LABBE (Marcel).	MULON.	
COUVELAIRE.	LANGLOIS.	NICLOUX.	

Le Secrétaire de la Faculté : DESTOUCHES.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ou improbation

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur HARTMANN

Professeur de clinique chirurgicale,
Chirurgien de l'hôpital Bichat,
Chevalier de la Légion d'honneur.

A MES DEUX MAITRES

M. LE PROFESSEUR GAUCHER

Membre de l'Académie de médecine

Médecin de l'hôpital Saint-Louis

Chevalier de la Légion d'honneur.

M. LE DOCTEUR PARMENTIER

Médecin de l'hôpital Tenon

Chevalier de la Légion d'honneur.

*A tous deux je dois toute ma reconnaissance
comme élève et comme malade.*

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ LIBRE DE LILLE

MM. LES PROFESSEURS AUGIER, DESPLATS, DURET.

A LA MÉMOIRE DU PROFESSEUR DERVILLE

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MÉRY.

M. LE PROFESSEUR P. BUDIN (*in memoriam*).

M. LE DOCTEUR JUST-LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, membre de
l'Académie de médecine, chirurgien honoraire des Hôpitaux.

M. LE DOCTEUR CH. TALAMON, médecin de l'hôpital Bichat.

M. LE DOCTEUR BOISSARD, accoucheur de la Maternité de l'hôpital Saint-Louis.

INTRODUCTION

Depuis le premier mémoire de Cruveilhier, tant de travaux ont paru sur la question de l'ulcère simple chronique de l'estomac qu'il semble téméraire d'oser y ajouter. Pour vaste et complexe qu'il soit, le sujet peut paraître épuisé, cependant, l'ulcère gastrique ne laisse pas de préoccuper médecins et chirurgiens.

Il y a deux ans, au Congrès français de Médecine de 1907, il s'agissait de l'intervention chirurgicale dans les accidents de l'ulcère rond. Au cours de l'intéressante discussion qui suivit les rapports de MM. Linossier, Castaigne et Dujarier, M. le Professeur Hartmann disait : « Beaucoup oubliant qu'ils ne font opérer leurs malades qu'à un moment où ils sont déjà débilités, se fondent pour écarter l'intervention sur sa gravité qui, dans la réalité, ne dérive que du retard qu'ils ont mis à la conseiller. Ils objectent aux opérations leur danger, citent les statistiques que publient les chirurgiens et notant le pourcentage de mortalité qu'ils y trouvent, ils s'en servent comme d'une arme contre eux. Ils oublient que les chirurgiens ont à traiter les mauvais cas et ne songent guère à relever les résultats du traitement médical, cela eût cependant été intéressant. Nous espérons trouver des renseignements sur les résultats éloignés des traitements médicaux dans les rapports, excellents du reste, qui viennent de nous être présentés. Nous avons le regret de ne pas les y trouver. »

C'est dans le but d'essayer de combler cette lacune que sur les conseils et sous la direction de M. le D^r Parmentier,

médecin à l'hôpital Tenon, nous avons fait de cette étude le sujet de notre thèse inaugurale.

Déjà depuis plusieurs années, M. Parmentier s'était préoccupé de l'*avenir des ulcéreux*, et en 1907, il avait inspiré à M. Denéchau, son ancien interne, sa thèse très documentée sur : *Les suites médicales éloignées de la gastro-entérostomie au cours de l'ulcère de l'estomac et de ses complications*.

Il n'était pas moins intéressant de savoir ce qu'étaient devenus les malades porteurs d'*ulcère non opéré* appartenant à la clientèle hospitalière.

Nous avons fait cette enquête en consultant le registre d'admission de l'hôpital Lariboisière et de l'hôpital Tenon et nous avons relevé le nom de tous les ulcéreux entrés dans les services sur une période de dix ans.

Tout en tirant parti des résultats obtenus, nous n'aurons garde d'opposer avec âpreté, chiffres à chiffres, statistiques à statistiques et séries malheureuses à séries heureuses.

Nous n'avons pas non plus la prétention de refaire après tant d'autres la description minutieuse et méthodique des symptômes de cette affection.

Nous désirons surtout utiliser les nombreuses observations que nous avons pu recueillir, trop heureux si l'étude des faits cliniques qui, seuls demeurent, nous permet de faire ressortir les diverses modalités de la maladie de Cruveilhier.

CHAPITRE PREMIER

AVENIR DES ULCÉREUX

Dans son mémoire définitif de 1856, Cruveilhier écrit : « En opposition avec le cancer de l'estomac qui suit fatalement une marche envahissante et destructive, et qui, dans l'état actuel de la science, est marqué du sceau de l'incurabilité la plus complète, l'ulcère simple tend naturellement à la guérison, il est curable. »

C'est une plaie « sans vice ni virus » qu'il assimile aux plaies extérieures banales.

Il reste fort réservé sur le pronostic éloigné de cette affection, montre la fréquence des rechutes, mais il croit à la toute puissance du traitement.

Le traitement par le régime est tout dans l'ulcère de l'estomac : « s'il frappe juste, au bout de quelques jours le malade est soulagé, il se sent renaître, il a en lui le sentiment de sa guérison. »

Cruveilhier n'est que le premier d'une longue série d'auteurs qui, tous, ont attendu et obtenu des merveilles d'un traitement bien dirigé. M. Linossier déclare : « quel que soit le traitement employé, s'il est conduit avec logique et sévérité, il est rare que les symptômes ne se dissipent pas. »

Mais nous devons être moins fiers des résultats de notre thérapeutique, ajoute-t-il, et le prétendu guéri porte toujours sa plaie ouverte ; les récives fréquentes sont dues à la prédisposition, et, d'ailleurs, la seule présence de cicatrices vicieuses ne suffit-elle pas à troubler les fonctions gastriques ?

En fait, tout le monde a vu le plus souvent les graves accidents de l'ulcère gastrique céder à quelques semaines de repos complet et de régime strict. Le malade sort de l'hôpital se croyant guéri à tout jamais. Nous perdons de vue les malades, que deviennent-ils après plusieurs années ?

Nous avons, comme nous le disons plus haut, fait une enquête à ce sujet. Elle nous a permis de retrouver un certain nombre de malades et de les interroger nous-même. D'autres ont bien voulu répondre au questionnaire détaillé que nous leur avons envoyé.

Nous avons pu de la sorte recueillir une cinquantaine d'observations dont nous ne publions qu'une sélection. Notre enquête nous a permis de connaître l'état actuel des malades dans 86 cas.

Aucune enquête de ce genre n'avait été jusqu'ici pratiquée en France. Par contre, en Angleterre et en Amérique où l'ulcère de l'estomac est plus fréquent, plusieurs auteurs se sont préoccupés de la question.

Comme élément de comparaison, nous rappellerons d'abord quelques statistiques, anciennes déjà, puis nous étudierons ces enquêtes hospitalières dont nous parlons : enfin, nous vous soumettrons notre enquête personnelle portant sur les hôpitaux Tenon et Lariboisière.

§ 1. — Statistiques anciennes.

Déjà sans doute les précurseurs de Cruveilhier, comme on les a appelés, avaient noté à l'autopsie de nombreux ulcères en évolution ou cicatrisés, mais nous ne pouvons accorder qu'un crédit restreint aux observations de ces auteurs qui ont confondu pêle-mêle sous la même rubrique toutes les ulcérations gastriques.

Statistique de Rokitansky. — La première statistique sérieuse est celle de Rokitansky, elle date de 1840. Déjà depuis la première description de Cruveilhier, Rokitansky avait pu réunir 79 cas d'ulcère perforant comme il nomme l'ulcère simple. Ce total semble élevé à l'auteur, mais il « observe à Vienne où cette maladie est fréquente. »

Nous ne nous contenterons pas de donner les chiffres de Rokitansky, mais encore quelques-unes de ses considérations sur les antécédents des malades que nous pourrions plus loin rapprocher de nos observations personnelles.

La statistique comprend 79 cas d'ulcère gastrique : 46 femmes, 33 hommes.

Parmi les femmes, 18 avaient plus de 50 ans ; 15 moins de 30 ans, et trois de ces dernières, 19, 17 et 16 ans.

Parmi les hommes, 12 avaient plus de 50 ans, 6 moins de 30 ans, 1 avait 17 ans.

L'auteur a constaté que *six* fois l'ulcère siégeait au duodénum.

Selon Rokitansky, les fièvres intermittentes quand elles s'accompagnent de maux d'estomac, ont une grande influence sur la production de cette maladie.

Enfin, malgré les complications, il existe des cas nombreux de guérison attestés par les cicatrices trouvées à l'autopsie. La disposition aux rechutes est remarquable.

Statistique de Brinton. — Nous trouvons des détails beaucoup plus intéressants et plus nombreux dans le *Traité des maladies de l'estomac*, de Brinton.

D'abord au sujet de la fréquence.

Fréquence. — Selon Brinton, l'ulcère se rencontre de 2 à 13 fois sur 100 autopsies d'individus ayant succombé à des maladies quelconques.

La proportion la plus élevée paraît résulter des habitudes

alcooliques ou de l'âge avancé des sujets, Mais aussi le sexe a une influence considérable.

Sexe. — Ainsi qu'on l'a pensé depuis longtemps, l'ulcère de l'estomac est plus fréquent chez la femme que chez l'homme ; le rapport est de 2 à 1.

Age. — En comparant le nombre d'ulcères de l'estomac à différentes époques de la vie avec le nombre de personnes d'un âge correspondant existant en ce pays, il semble que pour un individu donné, la probabilité d'avoir un ulcère gastrique s'élève graduellement depuis un minimum représenté par 0 à l'âge de 10 ans jusqu'à une proportion élevée qui se maintient pendant toute la durée moyenne de la vie pour s'élever encore à la fin de cette période et atteindre son maximum vers l'âge extrême de 90 ans. D'où nous pouvons conclure que l'ulcère de l'estomac est une maladie qui frappe particulièrement, sinon exclusivement, l'âge mûr et la vieillesse. Sur 226 cas :

De 1 à 10 ans	2
10 à 20	18
20 à 30	45
30 à 40	39
40 à 50	38
50 à 60	32
60 à 70	32
70 à 80	15
Après 80	5

Durée. — La durée est très variable ; il est plus facile de la déterminer par les *symptômes observés* pendant la vie que par les données de l'autopsie. Il faut se garder d'attribuer à un ulcère une durée trop considérable en raison de la possibilité d'une récurrence. En fait, il ne faut rien moins que la *continuité régulière des symptômes* pendant de longues

années pour nous donner le droit de déclarer qu'un ulcère est resté ouvert pendant tout ce temps.

De même, si les symptômes n'ont pas éclaté subitement, s'ils n'ont pas été très accusés et très persistants, il est probable que la lésion existait avant l'apparition des premiers symptômes pour lesquels on appelle le médecin.

Même avec ces réserves, la durée de la maladie peut être considérable.

Brinton signale comme cas extrêmes, 1 cas dont l'évolution a duré 35 ans, 2 30 ans, 3 ou 4 20 ans, plusieurs 10, 7, 5 et 4 ans.

Les complications de l'ulcère seraient pour lui très fréquentes, c'est ainsi que pour Brinton, la perforation se rencontre 1 fois sur 7 à 8 cas d'ulcères ; il l'a rencontrée dans 13,4 % des cas chez 160 femmes et 74 hommes.

La perforation atteint les deux sexes dans une proportion à peu près égale si on considère toute la durée de la vie. Les deux sexes sont de moins en moins exposés à la perforation à mesure que la vie s'avance, bien que la probabilité de l'ulcère devienne plus grande.

Tel est l'ordre inverse de ces deux séries de probabilités, que le danger de la perforation diminue de moitié de 30 à 70 ans, tandis que la probabilité de l'ulcère gastrique devient deux fois plus grande :

Chez la femme 50 % de perforation entre 14 et 30 ans.

— 33 % — entre 14 et 20 ans.

Chez l'homme, la proportion augmente jusqu'à 50 ans et ne diminue que fort peu jusqu'à 70.

L'âge moyen de la femme est de 27 ans ; celui de l'homme de 42 ans.

Hémorragie. — L'hémorragie est la cause de la mort dans un cas sur 20 ; elle semble être environ 4 fois plus fréquente chez l'homme que chez la femme. L'âge moyen où elle frappe est en général le même.

Statistique de Lebert. — Lebert (*Traité des maladies cancéreuses*, p. 526, à propos de l'âge des malades atteints d'ulcère gastrique, donne les chiffres suivants, sur 248 cas :

5 à 10 ans.....	1	}	9,92
10 à 20	24		
20 à 30	87	}	67,86 %.
30 à 40	84		
40 à 50	30	}	20,24 %.
50 à 60	17		
60 à 70	5		1,99 %.

§ 2. — Enquêtes dans la clientèle hospitalière.

Mais ces statistiques ne présentent qu'un intérêt relatif, il en est tout autrement des enquêtes suivantes citées par M. le Prof^r Hartmann au Congrès de Médecine de 1907. Nous avons cru intéressant de les traduire.

Enquête de Paterson. — La première enquête que nous vous soumettons est tirée d'un article de Paterson (*Lancet*, 24 février 1906). L'auteur se préoccupe de savoir la proportion des malades sortis de l'hôpital, guéris au *sens clinique* du mot, et restant en bon état de santé d'une *manière permanente*.

Il s'agit d'une série de 153 malades qui ont été soignés au London Temperance Hospital, de janvier 1899 à décembre 1903.

Six décès se sont produits au cours du traitement.

Les 147 malades restants ont été questionnés par lettre ou ont été examinés directement par le D^r Rhodes.

Des 147 malades on a pu en retrouver 72.

Quarante présentaient encore les signes de l'ulcère gastrique.

Il faut compter en outre comme non guéris, 5 malades qui ont dû se faire opérer.

Un malade mourut un an après sa sortie de l'hôpital et on constata à l'autopsie un ulcère dégénéré en carcinome.

En résumé :

40 malades ne sont pas guéris ;

5 ne le sont pas probablement ;

5 opérés ;

2 probablement guéris ;

1 mort de cancer gastrique.

L'auteur ajoute aux 19 guéris les 5 dont la guérison est problématique pour faire bonne mesure.

Il arrive au résultat suivant : *le traitement médical a totalement échoué dans 64 % des cas.* De plus, 31 % des malades guéris ont présenté des rechutes et il est à supposer que les malades non suivis ont un état aussi peu satisfaisant.

Cependant M. Paterson insiste sur le régime sévère suivi par les malades. Il devait durer 4 mois et demi pour tous les malades : 6 semaines à l'hôpital et 3 mois chez eux.

Si nous examinons maintenant l'état des malades prétendus guéris, nous voyons que seulement 7 malades sont restés bien depuis leur séjour à l'hôpital, 1 des 19 malades est resté à l'hôpital six mois de l'année dernière.

Nous abordons maintenant la série des malades non suivis :

2 ont dû retourner à l'hôpital 2 fois ; 10, 1 fois.

En somme, et cette statistique ne comprend que les ulcères gastriques sans complications, sans perforation ni sténose, il faut compter de 33 à 50 % de cas de rechutes sérieuses et les guérisons réelles sont dans une proportion inférieure à 25 %.

La conclusion de l'auteur est que les résultats du traitement

médical à l'hôpital sont très inférieurs aux résultats de la pratique privée.

Il ne considère pas l'opération comme la règle nécessaire du traitement de l'ulcère gastrique, mais seulement des cas compliqués d'adhérences et de sténose pylorique ou médio-gastrique.

Enquête de Bulstrode. — Dans le même ordre d'idées, nous trouvons dans le *Brit. med. journal* du 25 avril 1903, p. 953, les résultats suivants qui proviennent d'une enquête faite au London Hospital, par le Dr Bulstrode. Elle a été publiée par Mansell Moulin dans un article où il étudie les indications de l'intervention chirurgicale. Il dit attendre avec confiance le temps où l'ulcère chronique de l'estomac sera regardé comme une indication opératoire au même titre que l'inflammation chronique de l'appendice.

Cette enquête porte sur tous les cas d'ulcère gastrique admis au London Hospital, de janvier 1897 à septembre 1902. Le total s'élève à 500.

Les cas d'ulcère ne comprenaient que les cas graves, ceux dont la gravité pouvait suggérer ou nécessiter une opération.

La proportion s'élève à 402 femmes et à 98 hommes.

De ce nombre, il faut retrancher les décès.

48 malades morts de péritonite, soit près de 10 %.

13 malades morts d'hématémèse, soit près de 2,5 %.

28 malades morts de causes diverses, soit près de 5,5 %.

Le total des morts est de 89, soit à peu près 18 %.

Mais la chose la plus importante à considérer n'est pas la mortalité. 82 % des malades admis au London Hospital étaient comptés comme améliorés ou guéris.

Il serait très intéressant de voir la proportion relative de ces deux catégories. Combien étaient réellement guéris, c'est-à-dire avaient quitté l'hôpital parfaitement remis sans res-

sentir aucune douleur quand ils prenaient leur nourriture ordinaire, et ce qui est particulièrement important, se *maintenaient* en bon état de santé.

Le Dr Bulstrode a noté que 211 malades, soit 42 %, avaient subi précédemment les atteintes de la même affection.

111 avaient eu 1 attaque ;

41 avaient eu 2 attaques ;

15 avaient eu 3 attaques ;

39 avaient eu 3 attaques ou plus.

En d'autres termes, 25 des cas qui récidivent sont apparemment guéris.

Cette statistique ne comprend pas les complications et les séquelles de l'ulcère de l'estomac : sténose du pylore, estomac biloculaire (ce que Gerhardt et Warren évaluent à 10 %), la dilatation gastrique, la dyspepsie chronique, les vomissements constants, les adhérences périgastriques, la sténose du cardia et les autres nombreux désordres causés par la cicatrice des ulcères fermés depuis longtemps.

Les chiffres ne tiennent pas non plus compte des cas où le carcinome s'est développé sur un ancien ulcère.

La conclusion de Mansell Moulin est que, vu le chiffre de 18 % de morts et de 42 % de rechutes, le nombre des malades guéris n'est pas si élevé, ni près d'atteindre ce qu'on imagine généralement.

Le simple fait de devenir chronique est une preuve que le traitement antérieur a échoué, et si un véritable essai de traitement ordinaire a été fait et n'a pas réussi, il vaut mieux qu'une opération soit faite sans attendre davantage des anciennes méthodes de traitement déjà discréditées par leur échec. Le malade peut aller mieux, mais seulement pour un temps. Les complications et le cancer sont simplement le résultat du laisser-aller. On attend que l'ulcère croisse et que le malade s'affaiblisse.

Enquête de Robert B. Greenough et Elliot J. Joslin. — L'enquête suivante comporte beaucoup plus d'éléments d'appréciation que les deux premières. C'est d'ailleurs une étude complète de l'ulcère gastrique à l'hôpital.

Cette enquête fut faite à l'Hôpital général du Massachusetts à Boston, par Robert B. Greenough et Elliot J. Joslin, et publiée dans l'*Amer. j. of Med. Sciences*, août 1899, p. 167.

Nous l'avons traduite en entier et nous avons trouvé intéressant de la reproduire en majeure partie.

Les auteurs font remarquer que la majorité des statistiques ont porté jusqu'à présent sur l'anatomie pathologique de l'ulcère de l'estomac et non sur son *évolution clinique*.

La statistique porte sur la période 1888-1898. 188 cas d'ulcère de l'estomac entrèrent à l'hôpital.

13,097 malades entrèrent à l'hôpital pendant ce temps, ce qui donne par rapport au nombre total des malades, 1,4 %.

Ce résultat est en parfaite concordance avec le remarquable travail que Welch rédigea sur l'ulcère gastrique en Europe. Il trouve 1 ou 2 malades sur 100 mourant de maladies quelconques. Cependant, dans 32,052 autopsies, il trouve 5 % de cicatrices évidentes d'ulcère, les cicatrices étant à peu près aussi fréquentes que l'ulcère ouvert.

Sur 41,688 cas recueillis à Zurich et à Breslau, Lebert trouve 252 cas ou seulement 0,64 % d'ulcères de l'estomac.

Répartition géographique. — C'est un fait bien connu que les décès sont plus fréquents dans quelques localités que dans d'autres. Les statistiques suivantes sont basées sur les autopsies ci-après :

Pour 100 autopsies, les auteurs suivants ont trouvé :

Berthold, à Berlin.....	2,7	ulcères gastriques.
Nolte, à Munich.....	1,23	—
Gneiss, à Kiel... ..	8,3	—
Gneiss, à Iéna.....	10,0	—
Stark, à Copenhague.....	13,0	—

Les auteurs ont pu déterminer la fréquence comparée de l'ulcère gastrique à Baltimore, Chicago, Denver et Boston.

	MALADES.	ULCÈRES.
Boston (Massachusetts general Hospital)...	43,097	187 ou 1,43
Baltimore (John Hopkins Hospital).....	9,517	30 ou 0,32
Chicago (Cook County Hospital).....	3,930	6 ou 0,15
Denver (Arapahoe County Hospital).....	5,040	6 ou 0,12

Welch déclare qu'en général les décès sont plus fréquents dans les pays du Nord que dans ceux du Sud, et cette constatation est en partie confirmée par les données précédentes.

Sohlern a trouvé que l'ulcère gastrique était comparablement rare dans une partie de la Russie, dans les monts de Bohême et dans les Alpes bavaroises d'Allemagne.

Il attribue cela à la forte proportion de sels de potassium dans l'eau de ces contrées.

Sexe. — Le sexe joue un rôle important dans l'ulcère gastrique.

Welch, sur 1,699	hommes :	40 %	femmes :	60 %
Brinton,	—	33 %	—	66 %
Willeigh.	—	25 %	—	75 %
Fiedler, sur 2,200 autopsies	—	1,5	—	20 %

A l'hôpital, à Boston, le chiffre paraît encore plus élevé ; on trouve sur 157 cas, 127 femmes et seulement 30 hommes, la proportion est ainsi de 5 à 1.

Mais il faut remarquer qu'une disproportion semblable existe dans le nombre total des malades admis à l'hôpital.

Le nombre des admissions des hommes excède généralement celui des femmes. Nous devons laisser sans explication la grande prépondérance des cas d'ulcère chez la femme à Boston. L'ulcère gastrique dans cet hôpital est une maladie

rare chez l'homme, 1 sur 436 admissions, c'est-à-dire à peu près le nombre de malades pendant six mois de service.

Sexe. — L'importance du sexe dans l'étiologie de l'ulcère a été reconnue depuis longtemps. Schröder et Kuttner, dans ces derniers ans, ont attiré l'attention sur l'hémorragie gastrique survenant au moment du flux menstruel (spécialement dans l'ulcère des malades dont la membrane muqueuse est plus sensible).

Nous avons recherché à ce sujet les rapports entre l'hématémèse et la menstruation. Dans deux cas, le premier vomissement de sang coïncide avec les règles ; dans deux autres, l'aménorrhée coïncide avec le commencement des symptômes. Nous n'avons rien d'autres faits suffisamment définis ou probants.

Age. — L'âge des malades correspond à ce qui a déjà été écrit à ce sujet. Nous n'avons pas de malades très jeunes ou très vieux. Nous ferons remarquer que l'âge des malades à l'autopsie donne une idée inexacte à ce sujet.

Massachusetts general Hospital.	5-10	1	}	12,29 %
—	10-20	22		
—	20-30	109	}	75,95 %
—	30-40	33		
—	40-50	13	}	11,23 %
—	50-60	8		
—	60-70	1		0,53 %

La moyenne de l'âge des hommes était de 36,75 et celle de l'âge des femmes, 27 ans.

11 hommes avaient moins de 30 ans.

113 femmes

L'ulcère gastrique est plus fréquent chez la femme entre 20 et 30 ans et chez l'homme plus tard.

Traumatisme. — Quelques-uns de nos malades ont imputé

à un traumatisme leur ulcère, mais pas avec une clarté efficace pour que cela mérite discussion.

Professions. — On a écrit au sujet des professions des malades diverses choses. On a parlé de la fréquence de l'ulcère chez les servantes et cuisinières : nous avons porté notre attention sur ce point.

Nous avons calculé le pourcentage établi sur 200 admissions consécutives de femmes. Certes, les cuisinières sont plus nombreuses dans la colonne des ulcères que dans celle des admissions générales, mais elles occupent une place très inférieure dans le total des malades.

Chez les hommes on trouve seulement un tailleur et trois cordonniers, et seulement deux malades ont un métier les exposant à la chaleur continue.

Aussi les professions, du moins en ce qui concerne nos statistiques, ont-elles une part insignifiante dans l'étiologie de l'ulcère.

Symptômes. — Il y a eu dans ces dernières années une tendance croissante à poser la symptomatologie de l'ulcère gastrique sur des bases plus solides. Fitz, et surtout Fleiner, ont dans leurs livres parlé du trouble de la sécrétion gastrique qui est généralement reconnu comme la vraie base d'autres symptômes. La douleur vient d'abord, puis le trouble des fonctions motrices de l'estomac, le vomissement et enfin l'hématémèse. La fréquence de ces différents symptômes s'établit chez les malades de cet hôpital, de la manière suivante :

	FRÉQUENCE DES SYMPTÔMES.	NOMBRE TOTAL DES MALADES 187.
Vomissement.....	179	95,7 %
Douleur.....	173	92,5 %
Hématémèse.....	147	78,6 %
Anémie.....	131	70,1 %
Hyperesthésie.....	130	69,5 %
Constipation.....	123	65,8 %

Vomissement — Le vomissement, symptôme le plus constant, manquait chez quatre malades et reste douteux chez quatre autres. Le moment du vomissement était variable chez les différents malades et variable chez le même individu. Cela est regrettable car les opinions se divergent très fortement à ce sujet.

Boas le place à l'acmé du paroxysme de la douleur. Osler, pas plus de deux heures après le repas. Hemmeter ne se prononce pas.

Ces contradictions nous montrent que le moment du vomissement n'est pas la base la plus solide du diagnostic. La quantité du vomissement est aussi mal établie.

Douleur. — La douleur était fixe sans être toujours limitée à une zone spéciale : 173 cas présentaient ce symptôme ; dans 144 cas , la douleur était épigastrique, mais pour 91 d'entre eux seulement, limitée à cette région.

Le tableau suivant montrera les variations du siège de la douleur.

Epigastre.....	91
— et dos.....	23
— dos et poitrine.....	2
— — et rebord costal droit.....	1
— — et hypochondre gauche.....	5
— — et hypochondre droit.....	2
— et hypochondre gauche.....	8
— et poitrine.....	4
— et entre les épaules.....	2
— et omoplate gauche.....	3
— et ombilic.	1-51

142

Divers travaux ont attiré l'attention sur le siège de la douleur en des régions éloignées de l'estomac. Dans diffé-

rents diagnostics entre l'ulcère et la lithiase biliaire, il ne faut pas mettre trop de confiance dans les symptômes douloureux de l'épaule droite, car ainsi que Brinton l'a fait remarquer, la douleur peut être située là dans l'ulcère. Dans un cas de perforation d'ulcère dans l'arrière-cavité des épiploons récemment vu par des auteurs de cet article, la douleur siégeait au sommet des deux épaules.

Douleur dorsale. — L'attention a été appelée sur la douleur dorsale dans l'ulcère gastrique et l'importance de cette douleur éveillée par la pression, a été considérée par Boas comme un élément de valeur du diagnostic. Il va jusqu'à admettre que la douleur dorsale existe dans le tiers des cas.

Dans un grand nombre de cas, la douleur était seulement dorsale, mais les symptômes ne présentaient aucune autre particularité. Le malade vomissait le sang et il y avait du melæna quoique l'hémorragie ne fut pas grave.

Nous avons noté que trois malades parlaient de leurs souffrances comme survenant avant les repas et que le même nombre à peu près étaient soulagés par l'ingestion des aliments.

La douleur suivait les repas pour 102 malades. Dans 90 cas, la douleur était étrangère à l'absorption de nourriture. Dans 80 cas, les douleurs étaient continuelles.

Généralement, elles étaient soulagées par le vomissement et plusieurs fois atténuées par la pression. Osler écrit : « La pression est comme une bienfaisante application. » Leube : « La douleur est généralement accrue par la pression externe très rarement diminuée. » Pour Fitz, la pression tantôt aggrave et tantôt diminue la douleur.

Ulcères latents. — 14 malades sur 187 n'ont pas ressenti de douleur et le caractère de la maladie est dans ces cas très instructif. Dans 50 % de ces cas, les premiers symptômes s'accompagnaient d'hémorragie grave : 3 sur 7 de

ces malades moururent, c'est-à-dire près de la moitié de tous les cas graves d'hémorragie. Chez 5 autres, on a noté aussi l'hémorragie, quoique le diagnostic de l'hémorragie soit resté douteux surtout chez deux malades.

Il semble donc que ces cas d'ulcère de l'estomac dans lesquels il n'y a pas de douleur, présentent un des aspects graves de cette maladie.

Hémorragie. — Osler, Hemmeter et d'autres auteurs considèrent l'hémorragie comme existant dans à peu près 50 % des cas d'ulcère de l'estomac. Leube a rencontré ce symptôme dans 46 % sur 556 cas.

Nous avons divisé nos malades en deux groupes. Dans une première catégorie, nous avons rangé tous les cas d'hématémèse sans tenir compte de la quantité de sang vomi.

Dans notre seconde catégorie, nous mettons tous les cas où il y eut une perte de sang si abondante qu'elle s'accompagna de symptômes pouvant lui être attribués directement.

147 malades sur 152 ont vomi le sang soit avant leur entrée à l'hôpital, soit pendant leur séjour.

Ceci nous donne le pourcentage des hématémèses, il s'élève à 81 %.

Ceci contraste singulièrement avec les données habituelles.

La seconde catégorie est formée de 86 cas dans lesquels l'hémorragie a produit des symptômes constitutionnels. Ainsi, 45 % des malades ont eu une ou plusieurs hémorragies graves.

Dix-neuf fois (15 femmes, 4 hommes), l'hémorragie a précédé les symptômes de l'ulcère. Cela n'est nullement en rapport avec l'âge du malade, puisque nous trouvons comme âges extrêmes de ces 19 malades, 19 et 53 ans, et d'ailleurs, la moyenne des âges de ces 19 malades correspond à ce qu'on obtient pour le nombre total des malades : hommes, 38,2 ; femmes, 28,9.

Fleiner discute cette question de l'hémorragie considérée comme premier symptôme de l'ulcère de l'estomac, et il croit que l'ulcère existe généralement longtemps avant l'hémorragie. Il est possible cependant que l'occlusion soudaine d'une artère, suivie d'autodigestion et de nécrose permette l'hémorragie, ainsi que l'a remarqué récemment Schell.

Gravité de l'hémorragie. — L'hémorragie a été fatale dans 7 cas, soit 3,7 % des cas, et dans trois de ces cas, elle était le premier symptôme.

Il est à remarquer la différence de gravité de l'hémorragie selon le sexe : 5 hommes sur 30 ou 17 %, et seulement 2 femmes sur 157, succombèrent à l'hémorragie.

Il semblerait donc que les femmes puissent perdre leur sang avec moins de conséquences graves que l'homme.

Les cinq hommes qui moururent d'hémorragie avaient 25, 47, 52, 60 ans ; cela donne une moyenne contrastant avec la moyenne globale qui pour l'homme est de 36 ans 75.

Les deux femmes avaient 36 et 49 ans, ce qui donne une moyenne de 42 ans 5, alors que la moyenne globale est pour la femme, de 27 ans 1.

Ces faits indiquent que plus l'individu est jeune, moins il a de chance de mourir d'ulcère gastrique, soit qu'il puisse recouvrer son sang plus facilement, soit que cela tienne à l'âge de ses artères.

Hood, il y a quelques années, appelait l'attention sur la rareté des hémorragies mortelles dans l'ulcère gastrique chez les femmes âgées de moins de 30 ans.

Dans la période 1870-1890, il y eût à Londres, au Guy's Hospital, 66 hémorragies dues à l'ulcère gastrique sur 29 malades âgés de moins de 30 ans ; il survint une seule issue fatale, et il s'agissait d'un homme.

Se rapportant à ces statistiques, Hood écrit : « Elles montrent le fait remarquable que durant une période de 20

ans à un des plus importants hôpitaux de Londres, il n'y a pas eu de cas d'hémorragie déterminant la mort parmi les jeunes femmes atteintes d'ulcère gastrique.

La même observation peut être faite au sujet de l'hôpital général du Massachusetts. La perforation, d'autre part, n'est pas limitée à l'âge ou au sexe. C'est pourquoi Hood pense que l'hémorragie de l'estomac chez les jeunes femmes anémiques ne sont pas dues souvent à l'ulcère, et que, en général, on prête trop d'attention à ce symptôme dans le diagnostic de cette maladie.

Les statistiques s'accordent à peu près avec Hood, à savoir : « que l'hémorragie gastrique survenant de bonne heure dans la vie ordinaire d'une femme adulte, n'est pas, en général, un symptôme de grande gravité.

C'est aussi notre avis, et en recueillant les diverses opinions des auteurs, nous voyons que ce n'est pas l'hémorragie violente qui tue, mais plutôt sa fréquence ou un suintement sanguin continu.

Cet avis est évidemment fondé, car dans 5 de ces cas mortels, l'hémorragie fut périodique et prolongée pendant longtemps ; cependant, deux malades moururent aussitôt après l'hémorragie, et d'autres 3 et 9 jours plus tard.

Melæna. — Hosslin dit que c'est seulement en cas d'hémorragie gastrique atteignant 500 cc. que les selles prennent la couleur de thé caractéristique.

Comme les hémorragies gastriques de cette importance ne sont pas fréquentes, il est facile de voir que souvent on ignore la présence du sang dans les selles.

L'examen microscopique, à moins d'être pratiqué par des experts, donne souvent des renseignements faux, les cristaux de sulfite de bismuth ressemblant aux cristaux d'hémine et pouvant être aisément pris pour eux.

Avec ces considérations, il est plutôt surprenant que le sang ait été remarqué 55 fois dans les selles.

Mais une cause d'erreur rend ce chiffre incertain, c'est que beaucoup de malades prennent du bismuth et du fer au moment où l'on prend leur observation.

Anémie. — On a observé l'anémie chez 131 malades sur 164 ; elle manquait seulement dans 2 % des cas.

L'examen ordinaire du sang a été pratiqué sur une dizaine de malades, et nos données sur ce point représentent seulement un nombre limité de cas.

L'hémoglobine fut examinée dans 73 cas ; dans 34, le taux de l'hémoglobine ne s'élevait qu'à 50 % ; dans les 39 autres cas, ce taux était au-dessous de 80 %.

Ceci établit le fait que 80 à 85 % des cas d'ulcère présentent une diminution de l'hémoglobine, ce qui s'accorde avec les affirmations des autres observateurs Cabot et Limbeck.

La numération des globules rouges pratiquée dans 43 cas a montré que dans la moitié des cas à peu près, soit 24 cas, leur nombre tombait au-dessous de 4 millions. Ceci suppose une plus grande diminution de la teneur en hémoglobine que dans la moitié des cas. Dans 430 cas, la moyenne de la valeur globulaire est en moyenne de 0,67 : le chiffre le plus élevé atteint 1,41 ; le plus bas descend à 0,35.

En d'autres termes, comme l'ont montré Silbermann, Cabot, Leube et d'autres auteurs, l'anémie du type chlorotique prédomine.

Douleur à la pression. — L'exploration de la sensibilité a peut-être donné quelque mécompte dans le diagnostic de l'ulcère. Ce symptôme mal défini tiendrait selon nous une place peu importante dans le diagnostic.

Des 188 malades, 130 présentaient une sensibilité plus ou moins vive, mais les observations montrent que 51 malades chez qui elle était absente furent considérés comme douloureux 6 fois. Cette absence constatée 51 fois est suggestive parce que ces malades avaient été observés longtemps et que leur ulcère était grave.

Constipation. — Il n'est pas surprenant que la constipation soit survenue chez 123 malades sur 152 cas parce que la plupart de ces malades étaient des femmes et d'une classe de la société qui se préoccupe assez peu de son hygiène.

Perforation. — La perforation survint dans 6 cas, soit 3,2 % du nombre total. Cinq malades étaient des femmes, soit 3,2 % du total des femmes ; il y avait un homme, ce qui donne 3,3 % comme fréquence de la perforation chez l'homme.

Il n'y a donc pas une si grande différence entre les deux sexes que pour la gravité de l'hémorragie.

L'âge n'a pas non plus une grande influence.

Ces femmes avaient 18, 22, 30, 41, 57 ans ; le seul homme, 26 ans.

Aucune perforation ne survint sans être accompagnée des signes précédents d'ulcère. Cependant, dans le cas d'une cuisinière de 41 ans, il y avait eu seulement léger trouble dyspeptique durant un mois.

Les autres malades avaient présenté des symptômes d'ulcère pendant des périodes variant de quelques mois à deux ans et demi, c'était une complication d'un ancien ulcère qui surgissait.

En somme, quand la perforation arriva, elle laissa peu de doute.

Tous les malades atteints de perforation moururent, une femme âgée de 30 ans vécut encore 70 jours ; l'autopsie révéla une périgastrite avec adhérences et une néphrite parenchymateuse. Les urines à l'entrée à l'hôpital étaient normales.

RÉSULTATS. — Greenough et Joslin ont étudié l'état de leurs malades à deux périodes différentes :

1° A la sortie de l'hôpital ;

2° Au moment où ils ont pu retrouver leur trace, l'évolution de leur ulcère, environ cinq ans après leur entrée à l'hôpital.

A la sortie de l'hôpital.

(187 cas d'ulcère)

Guéris.....	121	64 %
Améliorés.....	34	18 »
Décédés.....	15	8 »
Divers.....	17	9 »

Suites éloignées 5 ans plus tard.

(114 cas d'ulcère)

A LA SORTIE.		RECHUTES.	DÉCÈS.	GUÉRIS.	TOTAL.
Guéris....	63 ou 55 %	28	8	27	63
Améliorés.	29 25 »	10	4	15	29
Décédés ..	15 13 »				
Divers. ..	7 6 »	3	3	1	7
	114	41	15	43	99

Des 15 malades qui moururent à leur sortie de l'hôpital, 8 moururent d'affection gastrique ; dans 4 cas, la cause du décès était douteuse, et dans trois cas, le décès n'était pas dû à une maladie d'estomac.

Si nous revisons avec ces chiffres la table concernant les malades sortis de l'hôpital depuis 5 ans, nous trouvons :

Malades.....	114 + 15	129	
Guéris.....	43 + 3	46	40 %
Non guéris, récidives.....	41	41	36 »
Décédés.....	15 + 8	23	20 »
Décédés de cause inconnue	4	4	4 »

Dans les 23 cas, la cause du décès peut être résumée comme il suit :

DÉCÉDÉS A L'HÔPITAL.	HOMMES.	FEMMES.	TOTAL.	%
Par hémorragie.....	5	2	7	3,7
— perforation.....	1	4	5	2,7
Néphrite et perforation...	0	1	1	0,5
Laparotomie exploratrice..	1	0	1	0,5
Cancer.....	1	0	1	0,5
Décès par maladie d'estomac hors de l'hôpital.....	1	7	8	

La mortalité est relativement beaucoup plus élevée chez l'homme que chez la femme, étant de 30 % dans le premier cas et seulement de 9 % dans le second. La différence est assez sensible pour qu'on puisse établir deux variétés distinctes de cette maladie selon le sexe.

L'âge de cette maladie chez l'homme dépasse de 10 ans l'âge de l'ulcère chez la femme, et l'hémorragie est mortelle pour l'homme dans le rapport de 14 à 1 pour la femme.

Quand nous comparons notre mortalité de 8 % à celle de Leube qui est de 2 %, cela fournit matière à réflexion.

Nous trouvons 86 % d'hémorragie, et Leube 46 %, même en négligeant la mort par complication : laparotomie exploratrice, néphrite et cancer, la mortalité reste encore deux fois plus élevée que la sienne.

Statistique de Hewes. — Nous terminons enfin la série de ces enquêtes en donnant la statistique qu'Hewes a publiée en 1906 (*Journal of the Amer. Association*, sept. 1906). Cette statistique exclut les cas de sténose pylorique.

Nombre de cas traités.....	51	
Guéris.....	48	soit 94 %
Retour des symptômes peu de temps après.	2	» 4 %
Mort par hémorrhagie.....	1	» 2 %

L'auteur examine deux ans après les 50 survivants. Que trouve-t-il ?

Bien portants.	31	63 %
Récidives.	18	37 %
Mort.	1	

Hewes divise ses malades en deux groupes : 16 furent soumis à un traitement prolongé suivi d'une diète stricte de 4 mois, 33 ne subirent qu'un traitement de 1 à 2 mois.

Traitement complet.

Nombre des malades.	16	
Guéris après 2 ans.	13	81 %
Récidives.	3	19 %
Mort.	0	

Traitement de 1 à 2 mois.

Nombre de malades.	33	
Guéris après 2 ans.	18	55 %
Récidives dont 1 mort.	15	45 %

CHAPITRE II

STATISTIQUE DE L'ULCÈRE GASTRIQUE A L'HOPITAL LARIBOISIÈRE ET A L'HOPITAL TENON

Hôpital Lariboisière 1898-1907.

Morbidité *générale* : 182 787.

Morbidité par *ulcus* et *sténose* : 145.

Morbidité par *ulcère gastrique* :

Hommes..... 49 | Femmes..... .. 40

Morbidité par *sténose pylorique* :

Hommes..... 37 | Femmes..... 19

Morbidité par *ulcère* ou *sténose* comparée à la morbidité générale :
1/1265.

Age des malades :

ULCÈRE GASTRIQUE.			STÉNOSE PYLORIQUE.		
	Hommes.	Femmes.		Hommes.	Femmes.
15-20 ans....	2	4	15-20 ans.	»	»
20-30	11	16	20-30	4	1
30-40	13	14	30-40	9	4
40-50	12	4	40-50	15	7
50-60	8	2	50-60	8	5
60-70	2	»	60-70	1	2
Après 70 ans.....	1	»	Après 70 ans.....	»	»
	49	40		37	19

Mortalité par *ulcus* :

Hommes..... 9 | Femmes..... 6

Mortalité par *sténose* :

Hommes..... 4 | Femmes..... 1

Mortalité *générale* de 1898-1907 : 20,989.

Mortalité *globale* sans distinction de traitement médical ou chirurgical :

Ulcus..... Hommes : 18 % | Femmes : 15 %

Sténose..... — 10 % | — 5

Age moyen de l'*ulcère simple* :

Hommes..... 40,6 | Femmes..... 30,9

Age moyen de la *sténose* :

Hommes..... 42,4 | Femmes..... 46,5

Age moyen de la mort :

Ulcus..... Hommes : 42,6 | Femmes : 33,3

Sténose..... — 43,2 | — 1 décès à 63 ans.

Remarque. — Dans les morts par *ulcère gastrique*, on trouve :

1 seule mort par perforation : un homme de 53 ans.

2 morts par hématomèse : 2 hommes de 39 et 48 ans.

1 ulcère dégénéré en cancer chez une femme de 42 ans.

Enfin on trouve 2 ulcères du duodénum : l'un chez un homme de 20 ans, l'autre chez un homme de 35 ans.

Hopital Tenon 1899-1908.

Morbidité *générale* : 156,556 malades.

Morbidité par *ulcère gastrique*, 179 :

Hommes..... 88 | Femmes..... 91

Morbidité par *sténose*, 18 :

Hommes..... 17 | Femmes..... 1

DELMASURE..... 3

Age des malades :

ULCÈRE GASTRIQUE.			STÉNOSE PYLORIQUE.		
	Hommes.	Femmes.		Hommes	Femmes.
15-20 ans.....	0	11	15-20 ans....	»	»
20-30	13	34	20-30	1	»
30-40	20	12	30-40	3	»
40-50	37	22	40-50	8	»
50-60	14	10	50-60	5	»
60-70	3	2	60-70	»	1 63 ans
Après 70 ans.....	1	»	Après 70 ans.....	»	»
	88	91		17	

Nous n'avons pas trouvé mention d'ulcère duodénal.

Sur 197 malades composant le total des ulcères et des sténoses, nous avons pu relever :

Pour l'ulcère : Hommes : 9 morts. | Femmes : 4 morts.

Pour la sténose pylorique : Hommes : 3.

La mortalité à l'hôpital est donc de 10 % chez l'homme, 4,3 % chez la femme.

Les décès des hommes sont attribués dans 2 cas à l'hématémèse : H. 43 ans et H. de 37 ans.

On trouve une perforation à l'âge de 34 ans.

Chez la femme, une seule hémátémèse mortelle à 19 ans.

Enfin, on trouve noté le cancer greffé sur l'ulcère 1 fois, chez un homme de 37 ans.

Chez deux autres malades, on peut penser qu'il s'agit d'un cancer succédant à l'ulcère, mais sans qu'on puisse l'affirmer, nous n'en avons pas tenu compte.

Dans les autres cas, la cause du décès est inconnue.

Ulcère : L'âge moyen du décès est chez l'homme de 40 ans, pour la femme de 26,5.

Sténose : L'âge moyen du décès est pour l'homme de 61,3.

Rapport de la morbidité générale à la morbidité par ulcère compliqué ou non de sténose : 1 sur 750 malades entrant pour une affection quelconque à l'hôpital Tenon.

Nous avons pu relever la *date du début* dans 57 cas d'ulcères et sténoses : 27 hommes et 30 femmes.

a) HOMMES : 27.

Début paraissant remonter à :

1 an.....	1	15 ans.....	1
2 ans.....	1	17	1
3	2	18	1
4	3	19	3
5	1	20	1
6	1	22	2
7	3	23	1
9	1	24	1
11	1	25	1
14	1		

b) FEMMES : 30.

Début paraissant remonter à :

2 ans.....	3	14 ans.....	3
3	2	16	1
4	1	20	3
5	2	22	1
6	2	25	1
8	1	27	2
10	2	28	1
11	3	33	1
12	1		

*
* *

Il nous reste à expliquer notre statistique personnelle et à la comparer aux statistiques précédentes. Un fait qui frappe tout d'abord, c'est que l'ulcère gastrique se trouve être beaucoup plus rare dans les hôpitaux de Paris que dans ceux de Boston, de Berlin, de Londres ou de Copenhague.

Nous avons vu plus haut la fréquence de l'ulcère gastrique s'élever parfois à 10 et 13 %, mais ne jamais tomber au-dessous de 2 %. Ici nous trouvons une différence très marquée. Malgré le très grand nombre de malades admis à l'hôpital Lariboisière et à l'hôpital Tenon, où les entrées oscillent pour chacun de ces hôpitaux entre 15,000 et 20,000 par an, nous n'avons pu réunir pour une période de dix années que 342 cas d'ulcère gastrique compliqué ou non de sténose pylorique. Le total des malades a été de 339,343, ce qui donne environ 1 ulcère de l'estomac par 1,000 malades, soit 20 fois moins que dans les autres statistiques.

Faut-il incriminer, pour expliquer ces différences : l'alcoolisme, la race, les conditions locales ?

Peut-être des enquêtes analogues à la nôtre, menées en France, en diverses régions, fourniraient-elles à cet égard des données étiologiques.

Quoiqu'il en soit, l'ulcère gastrique est beaucoup plus rare à Paris que dans les grandes villes étrangères. Déjà une enquête faite par Gilles de la Tourette et son élève Bruchon, en 1894, dans les hôpitaux de Paris sur l'ulcère gastrique surtout au point de vue de ses rapports avec l'hystérie avait montré le petit nombre d'ulcères gastriques en traitement.

Est-il possible de connaître si l'ulcère gastrique suit une marche ascendante, ou reste stationnaire, ou ne subit que des variations irrégulières ?

Si nous consultons nos statistiques détaillées, année par année, il nous est permis de dire que l'ulcère gastrique se montre de plus en plus fréquent. Faut-il attribuer cela à une observation plus attentive, à de meilleures méthodes d'exploration ? C'est là un point que nous ne pouvons élucider.

Enfin, la fréquence de l'ulcère de l'estomac varie dans le cours d'une année comme les affections gastriques, c'est-à-

dire qu'elle présente son maximum pendant les mois d'été : juillet, août, septembre. Certains malades disent n'avoir de crises douloureuses qu'à cette époque.

Mais c'est là un fait banal qui ne doit pas nous arrêter.

Il nous a semblé surprenant de voir un tel désaccord entre les diverses statistiques et la nôtre au sujet de la fréquence de la maladie de Cruveilhier, comparé chez l'homme et la femme.

En effet, Rokitansky donne la proportion de 4 femmes, 3 hommes. Brinton, la proportion de 2 femmes, 1 homme. Bulstrode, dans l'article de Mansell Moulin, 4 femmes, 1 homme. Greenough et Joslin, 5 femmes, 1 homme, et nous trouvons que notre statistique globale pour l'ulcus et la sténose réunis, 151 femmes, 191 hommes.

Cependant, si nous considérons les malades de 15 à 40 ans, nous voyons que le nombre des femmes l'emporte sur celui des hommes, 76 hommes, 96 femmes.

Notre proportion de 9 femmes, 7 hommes est cependant loin d'atteindre les proportions indiquées par les auteurs.

Par contre, si l'ulcère est moins fréquent chez l'homme jeune, il présente un plus haut degré de gravité.

L'homme est beaucoup plus exposé que la femme aux complications de l'ulcère, en particulier de la sténose pylorique.

Notre statistique comprend 54 cas de sténose chez l'homme et 20 seulement chez la femme.

L'homme, surtout dans la clientèle hospitalière, se soigne moins, suit mal ou pas du tout le régime prescrit, *condition essentielle* de la guérison et de sa permanence.

Comme nous le verrons plus loin, dans le nombre des anciens malades, guéris en apparence, figurent en plus grande proportion les femmes, et toutes, sauf une, ont suivi un régime prolongé.

La sténose est donc, et on le conçoit aisément, beaucoup plus fréquente chez l'homme ; elle s'y rencontre 2 fois et demie plus souvent que chez la femme.

Nous ferons remarquer en passant que notre statistique de l'hôpital Tenon ne comprend qu'un cas de sténose pylorique chez la femme. La raison en est que la plupart des malades sténosés venus à la consultation de M. Parmentier, ont été directement confiés à l'habileté opératoire de M. le Professeur Hartmann sans entrer dans les services de l'hôpital Tenon.

Cela nous donne, pour l'hôpital Lariboisière, une proportion plus grande de sténoses pyloriques, aussi avons-nous fusionné nos deux statistiques pour les interpréter.

Enfin, et ceci est un corollaire des remarques précédentes, la sténose se montre chez l'homme de meilleure heure que chez la femme.

CHAPITRE III

RÉSULTATS DE NOTRE ENQUÊTE PERSONNELLE

Après ces considérations générales où nous ont entraîné les statistiques, voyons maintenant ce qui était le but de notre enquête : les résultats éloignés du traitement médical de l'ulcère gastrique.

Nous avons pu retrouver 86 malades. Nous avons pu en examiner nous-même 41. Nous avons pu avoir sur 45 autres des renseignements au point de vue de leur état actuel.

Nous divisons ces malades en plusieurs catégories après les résultats du traitement médical.

Dans un premier groupe, nous plaçons les malades *guéris au sens clinique* du mot, c'est-à-dire dont l'état actuel est excellent et qui ne présentent *plus aucun symptôme défini* d'ulcère gastrique.

Ce premier groupe ne comprend que 12 personnes : 5 hommes, 7 femmes.

Nous avons pu interroger 4 femmes.

Les femmes font l'objet des observations I, IV, XXX et n° 37 de notre résumé.

Quel régime ces malades ont-elles suivi ?

Les malades n°s I, IV, XXX et 37 sont des plus comparables, il s'agit de malades traitées dans le service de M. Parmentier par les pansements bismuthés et le régime ordinaire des ulcéreux : régime lacté, puis les potages, bouillies, pâtes.

Nous ne pouvons préciser pendant combien de temps exactement ce régime a été suivi.

La malade n° I a suivi son régime deux ans et le suit encore.

La malade n° IV avait suivi son régime par intermittences, les crises ont disparu après un traitement de six mois ; elle a abandonné tout traitement et tout régime.

La malade n° XXX a suivi plusieurs années le traitement prescrit par M. Parmentier.

La dernière malade enfin a suivi un traitement prolongé et ne suit aucun régime actuellement (n° 37).

A côté de ce petit groupe où les résultats du traitement médical se montrent parfaits, il en est un plus nombreux dont les malades ont retiré *grand bénéfice* du traitement médical. Sans doute, tous ressentent encore quelques maux de tête, régurgitations acides, digestions pénibles, crises douloureuses, mais tous sans être guéris peuvent mener une vie normale et travailler.

Ce groupe comprend 20 malades : 13 hommes, 7 femmes. La plupart de ces malades ont suivi et suivent encore le régime alimentaire prescrit. Seuls trois malades se sont lassés de leur régime.

Nous abordons maintenant une autre série de malades. Ceux-ci voient l'évolution de leur ulcère continuer. Tantôt il s'agit de malades présentant des rechutes graves caractérisées par des crises violentes ou des vomissements, ou des hématomésés, tantôt il s'agit de malades dont l'état général s'altère par suite de l'anémie progressive et de la dénutrition qu'amène peu à peu leur capacité digestive réduite. Enfin, dans une dernière série, nous plaçons les malades dont le pylore est en voie de sténose.

Cette catégorie de malades comprend 25 malades : 18 femmes, 7 hommes.

De ces 18 femmes, 12 ont présenté des hémorragies récentes, 6 ont un mauvais état général, une malade est à l'hôpital Tenon depuis 6 mois pour péricarite grave.

Des 7 hommes, un présente du melena récent ; chez un autre, la sensibilité douloureuse existe très nettement et la capacité digestive est très réduite ; un présente des hématuries et quatre autres deviennent des sténoses.

Pour être exact, il faut tenir compte et ajouter au groupe précédent tous les malades chez qui on a eu recours à l'intervention chirurgicale. Nous trouvons 18 hommes et 4 femmes, soit 22 malades.

Enfin, il faut tenir compte des décès. Ils sont au nombre de 7.

1 décès par hématurie à l'âge de 43 ans.

4 hommes sont morts au cours de leur ulcère gastrique.

1 malade dont l'ulcère aurait dégénéré en néoplasme.

Enfin, une de nos malades est morte au cours de l'évolution de son ulcère.

Nous n'avons pu obtenir de renseignements plus précis.

RÉSUMÉ DE NOTRE ENQUÊTE PERSONNELLE

Nombre des malades : 86.

1° *Malades paraissant guéris actuellement :*

Hommes..... 5 | Femmes..... 7

Total : 12, soit 13 %.

2° *Malades très améliorés dont la capacité de travail est entière :*

Hommes..... 13 | Femmes..... 7

Total : 20, soit 23 %.

3° *Malades dont l'ulcère est encore en évolution :*

Hommes. 7 | Femmes.... 48

Total : 55, soit 64 %.

4° *Malades dont l'état a exigé une intervention :*

Hommes.....	48		Femmes.....	4
Total : 22, soit 25 %.				

5° *Décès :*

Hommes : Par hématomèse.....	4
— Au cours de l'ulcère?.....	4
— Néoplasme.....	1
Femmes : Au cours de l'ulcère.....	1
Total : 7, soit 8 %.	

RÉSULTATS DES DIFFÉRENTES ENQUÊTES

1° *Enquête de Soltan Fenwich et Parkinson :*

Le traitement médical a échoué dans 64 % des cas.

147 malades ont présenté des rechutes dans 31 % des cas.

Les guérisons réelles sont au-dessous de 25 %.

2° *Enquête de Bulstrode dans l'article de Mansell Moulin :*

Nombre des malades : 500.

Mortalité totale à l'hôpital et après la sortie de l'hôpital. 11 %

Rechutes..... 42 %

3° *Enquête de Greenough et Joslin à Boston :*

Guéris.....	64 %
A la sortie de l'hôpital : améliorés.....	18 %
Décédés.....	8 %
Divers.....	9 %

Suites éloignées 5 ans plus tard :

Guéris.....	55 %
Améliorés.....	25 %
Décédés.....	13 %
Divers.....	6 %

L'enquête de Hewes donne 2 ans après la sortie de l'hôpital :

Guérisons, 55 % quand le traitement a duré 1 à 2 mois, et 81 % quand le traitement a duré 4 mois.

5° *Hôpital Lariboisière et hôpital Tenon :*

Malades paraissant guéris complètement..	43 %
Améliorés pouvant travailler.....	23 %
Récidives sans complications.....	29 %
Décès	8 %

Il résulte donc de notre enquête, que la guérison par le traitement médical est rare dans le sens de guérison parfaite. souvent les malades qui consentent à suivre un traitement médical en retirent le plus grand bénéfice et ils peuvent vivre d'une vie normale. Malheureusement, le traitement médical paraît échouer dans environ 60 % des cas.

C'est à 10 % près les chiffres que donnent MM. Debove et Rémond qui apprécient ainsi qu'il suit l'avenir de 100 ulcéreux :

Cures parfaites.....	50
Perforations et péritonites.....	13
Hématémèses foudroyantes.....	5
Tuberculose pulmonaire.....	20
Inanition	5
Complications diverses.....	7

Nous n'avons fait entrer dans la première catégorie de nos résultats que les malades ne présentant vraiment aucun symptôme gastrique. Peut-être cette proportion peut-elle s'élever en réalité à 15 %, car plusieurs de nos malades de la deuxième catégorie sont en voie d'amélioration progressive, mais nous n'avons le droit de ne tenir compte que des résultats parfaits. Nous croyons que si beaucoup d'auteurs ont des chiffres supérieurs aux nôtres, c'est qu'en réalité ils ont réuni les malades paraissant guéris et les malades très améliorés.

Quel est l'avenir de ces malades améliorés ou guéris ? Nous croyons que seul le régime strictement suivi est la condition essentielle du maintien de leur guérison. Certains

malades sont punis de leur moindre écart de régime et y reviennent à temps. Ceci paraît fonction du terrain, et comme l'ont montré MM. Parmentier et Denéchau, la gastroentérostomie elle-même ne permet pas aux malades de manger à leur guise tout ce qu'il leur plaît, et, même paraissant guéris, les ulcéreux restent des meiopragiques de l'estomac.

Depuis combien de temps les malades sont-ils guéris ? Il eût été très intéressant de pouvoir préciser cette donnée fort importante.

Des 4 malades que nous avons pu interroger, une est guérie depuis 4 ans (obs. XXX), une autre est guérie depuis août 1906 (obs. IV).

M^{me} B... (obs. II), est guérie depuis environ deux ans.

Enfin, les dernières crises de notre quatrième malade (n° 37 de notre résumé), remontent à 1906.

A notre grand regret nous n'avons pu interroger nous-même les autres malades de cette catégorie la plus intéressante. Les malades guéris, certes, doivent être en proportion plus élevée que nous l'indiquons, mais ce sont les malades guéris qui oublient le plus vite leur maladie et le médecin.

Quant aux autres malades, la question de temps se pose moins pour eux, puisqu'ils présentent tous à un degré plus ou moins grave, des accidents ou du moins des symptômes d'ulcère gastrique.

CHAPITRE IV

VARIÉTÉS CLINIQUES DE L'ULCÈRE GASTRIQUE

Le plus souvent, les malades qui viennent à l'hôpital porteurs d'ulcère gastrique, souffrent depuis des années. Pour les anciens auteurs, l'ulcère a une durée assez peu considérable, trois ou quatre ans. Pour Cruveilhier, pour Brinton, l'ulcère dure plus longtemps, mais il exige dans les symptômes une continuité régulière pour affirmer qu'il s'agit du même ulcère. M. le Professeur Dieulafoy attribue à l'ulcère une durée d'environ 2 ans et demi.

Cependant, comme on peut le voir par nos observations, l'ulcère débute souvent, sinon dès l'enfance, du moins dès l'adolescence. L'ulcère est rare avant 15 ans comme l'ont montré les recherches de Brinton, de Luton et la thèse récente de notre ami M. le Dr Lasnier. Cependant les premiers symptômes gastriques apparaissent souvent de 10 à 20 ans. Dans une de nos observations, la malade paraît même avoir présenté des accidents d'ulcère gastrique (obs. XXI), ces vomissements noirs survenus à l'âge de 10 ans n'auraient été que des hématomèses.

A l'origine des premiers troubles gastriques, on trouve souvent les maladies *infectieuses*. Dans nos observations, nous trouvons dans les antécédents personnels des malades, une fois le choléra, une fois la variole, deux fois la syphilis,

souvent la *fièvre typhoïde*, les *fièvres intermittentes*. Tous les auteurs ont noté semblables antécédents et cela n'est pas pour nous surprendre. Les travaux de Chantemesse et Widal, de Charrin, de Wurtz, Leudet, de Besançon et Griffon, de Dieulafoy, de Gandy, ont montré le rôle de l'infection et de la toxémie dans l'étiologie de l'ulcère simple.

Nous ferons remarquer que souvent nos malades ont suivi un traitement prolongé par des *médicaments irritants ou caustiques* : la quinine, les iodures et bromures de potassium, la teinture d'iode, la créosote. Ces médicaments sont l'origine d'une gastrite médicamenteuse qui parfois rétrocede, parfois aboutit à l'ulcère simple, et la gastrite revêt sa robe sanglante selon l'expression de Peter.

Dans une de ces observations, le début de l'ulcère paraît avoir succédé directement à une de ces médications caustiques, et la malade dit avoir vomi des « sortes de peaux, de membranes » (obs. XXX).

D'autres fois et ceci est moins fréquent sans être rare, les malades ne viennent pas à l'hôpital pour des troubles gastriques, mais pour un état de faiblesse et d'anémie grave qui les inquiète. Il s'agit des ulcères latents. Nous avons eu l'occasion d'en observer un cas (obs. XXIV). Dans ce cas, on pouvait bien soupçonner les hémorragies occultes, mais il était difficile de les rapporter à leur véritable cause. On trouve positive la réaction de Weber, qui est très utile dans de pareilles circonstances.

On peut s'étonner que nous ne l'ayons trouvée que chez quatre de nos malades, du moins chez ceux qui étaient sortis de l'hôpital depuis longtemps.

Nos malades, à part de rares exceptions, n'étaient pas en crise et la réaction de Weber n'est pas aussi fréquente dans l'ulcère que dans le cancer.

C'est ce qu'ont montré au Congrès français de Médecine,

de 1907, MM. Cade et Bourret. Ils n'ont pu en réunir que huit observations.

« Dans trois cas, la réaction de Weber s'est montrée positive, consécutivement à une hémorragie évidente manifestée par des hématomèses. En pareil cas, la recherche des hémorragies occultes a un intérêt minime au point de vue du diagnostic, mais par contre, un gros intérêt au point de vue de l'évolution et des résultats du traitement.

Chez un quatrième malade hyperchlorhydrique, présentant le syndrome pylorique, la constatation d'une réaction positive a permis d'affirmer une ulcération gastrique à laquelle faisait d'ailleurs songer l'examen clinique.

Dans trois autres cas dont deux s'étaient manifestés à une date plus ou moins antérieure par des hématomèses, la réaction plusieurs fois répétée s'est montrée constamment négative.

Notre huitième observation est la plus importante, il s'agit d'un homme de trente ans souffrant de l'estomac depuis cinq ans.

Il a souffert de crises nocturnes très pénibles.

Pendant plusieurs périodes, il a vomi. Il n'a jamais présenté d'hématomèses ni de melæna évidents. Son amaigrissement est considérable. Or, chez ce malade, nous avons constamment trouvé du sang dans les matières. Voilà un fait où une pareille constatation impose le diagnostic d'une affection organique et mieux d'une lésion ulcéreuse de l'estomac.

Ici donc la réaction positive de Weber apporte un gros appoint au diagnostic. »

Il faut donc rechercher systématiquement la réaction de Weber, car les ulcères latents sont beaucoup plus fréquents qu'on ne le croit, et tel ulcère qui se manifeste par des accidents aigus, dure en réalité depuis fort longtemps.

Il est d'autres ulcères qui, longtemps occultes, comme les

précédents, se révèlent par des vertiges, des syncopes bientôt suivis de melæna. Nous en trouvons plusieurs cas dans nos observations (obs. XIX, XX, XXV, XXVII).

Dans l'observation XXVII, le melæna s'est reproduit jusqu'à 9 fois en 18 mois.

Avec M. Tuffier (*Traité de Chirurgie gastrique*), on peut classer les ulcères suivant la prédominance de tel ou tel symptôme. C'est tantôt l'hémorragie, tantôt le vomissement, tantôt la douleur qui domine.

Les uns ne présentent au cours de leur évolution qu'une seule hémorragie. En ferons-nous ce qu'on appelle l'exulceratio simplex ?

M. Dieulafoy s'est demandé, sans conclure, si l'exulceratio simplex n'était pas le premier stade de l'ulcère gastrique ? Cela paraît très vraisemblable, et, quelle que soit la pathogénie de l'érosion gastrique, on conçoit très bien qu'elle puisse être la cause occasionnelle d'un ulcère chronique. L'observation n° IV nous paraît être un exemple de ce fait. Il s'agit d'une hématomèse à l'occasion d'un effort ? La malade a guéri et présente encore aujourd'hui comme un peu d'hyperchlorhydrie sans aucun symptôme gastrique.

D'autres présentent des *hémorragies multiples récidivantes* que le traitement le mieux conduit n'a pu enrayer qu'après 10 jours, dans une de nos observations (XXVI), 20 jours dans une autre (XXIX), sans que d'ailleurs le pronostic de l'affection elle-même en paraisse aggravé.

Notre malade (obs. I) a présenté des hématomèses extrêmement abondantes et répétées. D'ailleurs, il est peu d'affections où, dans la plupart des cas, les malades et en particulier les femmes, voient s'améliorer aussi vite leur état général, et l'opinion de Hood, que citent Greenough et Joslin, paraît assez fondée. Une de nos malades (obs. VII), présente une hyperesthésie très marquée de tout l'abdomen. Cette hyper-

esthésie s'accompagnait de résistance de la paroi, on pouvait songer à un néoplasme gastrique. L'évolution a montré qu'il s'agissait en réalité d'un ulcère de l'estomac compliqué de périgastrite. Depuis six mois, la malade ne s'est pas cachectisée le moins du monde ; la douleur dont le siège était à la pointe de l'omoplate droite est toujours aussi vive.

Une autre de nos malades que nous avons pu ranger dans la catégorie des malades très améliorés, présente une hyperesthésie extrême de la région épigastrique, cette hyperesthésie est permanente. Les symptômes de l'ulcère gastrique ont disparu en grande partie, mais il reste des adhérences périgastriques.

Nous ne parlerons pas de la constipation des ulcéreux qui est pour ainsi dire constante dans presque toutes nos observations.

Nous avons recherché soigneusement si la douleur ressentie par nos malades affectait bien le caractère transfixiant qu'on lui attribue d'ordinaire. Nous l'avons seulement trouvée nettement caractéristique dans 11 cas. D'ailleurs, Cruveilhier qui nous a donné le premier la description de cette maladie, est loin de donner ce caractère de la douleur comme constant.

Il nous a semblé enfin que dans deux cas, l'origine de l'ulcère pouvait remonter à un traumatisme, mais nous ne pouvons rien affirmer.

Selon les différentes variétés d'ulcère simple rencontrées à l'hôpital, on peut donc distinguer l'ulcère *latent* qui ne se révèle qu'à l'autopsie dans sa forme foudroyante par l'anémie et la réaction positive de Weber dans sa forme *chronique*.

L'ulcère à *hémorragies récidivantes*.

L'ulcère à *grandes hémorragies rares, mais abondantes*.

L'ulcère à *douleur persistante*.

CHAPITRE V

RÉSUMÉ DE L'ÉTAT ACTUEL DE NOS MALADES

N° 1. — M^{me} B. . . , 58 ans, couturière.

Bon état général, les crises douloureuses ont disparu.

M^{me} B. . . se plaint seulement d'un appétit exagéré, elle suit son régime composé de purées, bouillies, pâtes.

Capacité de travail entière. — M^m B. . . travaille toute la journée.

N° 2. — M^{me} B. . . , 31 ans, couturière. Etat général médiocre, anémie assez accentuée, décoloration des muqueuses, souffle de la jugulaire. Aménorrhée depuis 1907. Digestions lentes s'accompagnant de régurgitations aqueuses non acides, pas de vomissements, un peu de clapotage à jeun. La constipation habituelle a disparu, la malade suit son régime.

Capacité de travail très réduite. — M^m B. . . peut travailler quatre heures à des travaux de ménage.

N° 3. — M^{me} B. . . , 38 ans, ménagère (en traitement à l'hôpital, lors de notre enquête).

La malade ne paraît pas anémiée, cependant elle se plaint de céphalées, de faiblesse, *La réaction de Weber est positive.* Pas de souffle de la jugulaire. Par suite de sa faiblesse, la malade a dû cesser de s'occuper de son ménage.

N° 4. — M^{me} E. . . , 15 ans, ménagère. Elle présente l'aspect d'une personne robuste et en excellent état, elle travaille toute la journée, mange de tout.

Seule persiste la constipation.

Le chimisme révèle un peu d'excitation stomacale, un peu d'hyperchlorhydrie tardive.

En somme *complète guérison apparente*.

N° 5. — M^{me} B. . . , tailleuse. Maladie anémiée, muqueuses décolorées, ne présente pas de souffle vasculaire.

Ne présente pas d'hyperesthésie de la région épigastrique. Clapotage à jeun.

La malade se plaint de petites douleurs survenant 4 à 5 heures après le repas de midi, douleurs calmées par l'ingestion des aliments.

Les vomissements ont cessé complètement.

Affaiblissement progressif, dénutrition marquée. *Réaction de Weber positive*. Poids en diminution constante.

La malade continue à travailler.

La malade suit le régime prescrit par M. Parmentier : pâte, purées, bouillies, laitage, pansement bismuthé.

N° 6. — Ulcus datant de 15 ans. M. Ph. . . , 48 ans.

En novembre 1907, malade un peu pâle, ne se plaint plus que d'un peu de sensibilité épigastrique après le repas. Constipation persistante.

A l'examen local, on trouve la limite inférieure de l'estomac à 2 travers de doigts au-dessous de l'ombilic.

A la pression, hyperesthésie localisée à 3 centimètres au-dessous de l'appendice xyphoïde à un centimètre à gauche de la ligne médiane.

Poids : 71 kilos en *augmentation constante et régulière*.

En résumé presque tous les symptômes gastriques ont disparu et la malade est en voie d'amélioration progressive.

N° 7. — M^{me} J. . . , 66 ans, passementière, depuis janvier 1909 à l'hôpital Tenon.

Hyperesthésie marquée de tout l'abdomen, intense à droite de la ligne médiane entre l'hypocondre droit et l'épigastre, douleur s'irradiant vers l'épaule droite, douleurs persistantes malgré le régime et les pansements bismuthés, seule l'application de glace en permanence atténue les souffrances de la malade.

Il s'agit de douleurs ayant déterminé une périgastrite qui évolue actuellement.

L'état de M^{me} J. . . reste bon, elle n'est que peu abattue et affaiblie et ne se cachectise nullement.

Capacité digestive extrêmement réduite. Régime suivi, lait, bouillies, potages.

Etat grave, mais stationnaire.

N° 8. — M^{me} B. . ., 53 ans, ménagère, présente depuis 33 ans toutes les alternatives de souffrance et de bonne santé. Actuellement, il y a un mois (janvier 1909) violentes douleurs abdominales, *melæna* le lendemain.

Ulcus continuant d'évoluer. Pas de régime suivi.

N° 9. — M. Ch. . ., 38 ans, plombier. Vomissements alimentaires contenant les ingesta des jours précédents. Amaigrissement. Sténose pylorique incomplète.

Aggravation progressive.

N° 10. — Crises de plus en plus violentes. Dénutrition marquée. Hématémèse en février 1909.

La malade a une alimentation très réduite, laitage et bouillies.

Incapacité de travail absolue.

N° 11. — Le malade peut travailler régulièrement. Mais il souffre de plus en plus, crises *douloureuses paroxystiques trois heures* après le repas, les crises tendent à suivre tous les repas. Bon état général. Poids : 72 kilos. Les *douleurs persistantes* préoccupent beaucoup le malade qui suit strictement son régime. Il peut travailler régulièrement.

N° 12. — M^{me} J. . ., 35 ans, ménagère. Hématémèse récente (décembre 1908), crises revenant par périodes de 3 ou 4 jours irrégulièrement, constipation habituelle, pas de stase gastrique. Poids : 60 kilos.

Suit le régime alimentaire commun et travaille toute la journée.

N° 13. — M^{me} W. . ., 32 ans, infirmière. Crises paroxystiques

douloureuses, vomissements, crises plus rares qu'au début de sa maladie actuelle, ne se présentent plus que sous la forme d'une sensation de brûlure et de pesanteur après les repas. Cependant M^{me} W., au moment de notre enquête, est alitée par suite d'une crise gastrique très violente. Elle suit d'ordinaire le régime alimentaire commun.

N° 14. — Etat actuel. Malade à l'hôpital Tenon, à la suite d'une hématomérose. Améliorée par le régime et le traitement habituel, les vomissements et la douleur ont disparu.

Dénutrition et anémie marquées.

amaigrissement marqué, la malade a maigri de 14 kilos depuis 4 ans.

Ulcus toujours en évolution, déterminant des accidents douloureux.

N° 15. — Ulcère en évolution, plusieurs selles noires en août 1908. Le malade a maigri considérablement depuis 6 mois.

Il est très amélioré par le régime, les vomissements disparaissent peu à peu, la douleur s'atténue beaucoup.

N° 16. — Ulcus ne remontant qu'à 3 ans, hématomérose en 1906, actuellement peu ou pas de symptômes gastriques. *Appétit exagéré.*

N° 17. — Malade en très mauvais état général.

Amaigrissement (42 kilos), présentant une anémie marquée caractérisée par de la pâleur du visage et de la décoloration des muqueuses.

Souffle anémique de la jugulaire. Hyperesthésie épigastrique même en dehors des crises.

Depuis quelques jours des vertiges font craindre à la malade de nouveaux accidents.

La réaction de Weber est positive.

La malade refuse de se laisser opérer.

N° 18. — M. A... porte allègrement ses 77 ans, ne présente actuellement aucun trouble gastrique.

Poids actuel : 50 kilos, taille : 1^m75.

Revu en mars 1909, continue de se bien porter.

N° 19. — M. B..., 38 ans, se plaignant actuellement de régurgitations aqueuses acides, fréquentes, il ne suit aucun régime, mange de tout, il s'est lassé du régime prescrit, travaille toute la journée.

N° 21. — M. L... Dernières crises en janvier 1909, nouvelles douleurs au moindre écart de régime.

Amaigrissement très accentué.

Capacité digestive réduite.

Incapacité de travail absolue.

Malade assez amaigri

On constate à la pression légère une sensibilité marquée localisée à un point situé sur la ligne médiane à 3 travers de doigt au-dessus de l'appendice xyphoïde.

N° 22. — M^{me} H..., 62 ans. Nouvelles crises douloureuses depuis mai 1908, l'intensité et la fréquence des crises sont de plus en plus grandes, actuellement malade anémiée présentant de la décoloration des muqueuses, pas de souffle anémique. Poids : 51 kilos.

Crises douloureuses fréquentes tous les 2 ou 3 jours.

Capacité digestive très réduite.

Prend à peine un litre de lait et des purées, 2 par jour.

N° 23. — M^{me} L... Début de l'ulcus il y a 2 ans. *Aggravation et fréquence progressive des crises.* Constipation habituelle et entérite muco-membraneuse. La malade a dû quitter son métier de brodeuse à cause de ses crises, elle doit se borner à faire son ménage, elle se couche fréquemment dans la journée.

Pas de renseignements sur le régime suivi.

N° 24. — M. J... Le malade suit strictement un régime composé de purées, bouillies, pâtes, laitage, mais il mange peu et restreint d'ailleurs son alimentation pour ne pas souffrir.

Clapotage gastrique à jeun.

Les crises douloureuses n'ont pas affecté l'état général du malade qui est robuste et travaille régulièrement.

N° 25. — M^{me} B..., anémie du 2^e degré, symptomatique de crises d'intolérance gastrique consécutive à un ulcère dont l'apparition remonte à 14 ans, ulcère ayant déterminé des douleurs continuelles, peu vives au début, très marquées à l'heure actuelle et survenant par crises depuis 14 mois.

Faiblesse extrême expliquée par les hémorragies accuttes que présente la malade (*réaction de Weber positive*).

N° 26. — M. B..., cordonnier. Ulcère gastrique en évolution datant de 14 à 15 ans, douleurs paroxystique après le repas, aggravées peut-être par le métier du malade qui est cordonnier.

Malgré le régime suivi scrupuleusement, M. B... a dû quitter son métier, cependant les crises se sont espacées et il travaille depuis un mois.

N° 27. — M. S..., 48 ans, Les hémorragies ont cessé depuis 1907. Au régime depuis 1908. Pansements bismuthés.

Depuis ce temps, les vomissements sont devenus très rares. M. S... n'a plus souffert que très peu. Il mange des légumes et des viandes blanches depuis 18 mois, il travaille comme auparavant toute la journée.

N° 28. — Le malade présente un état général médiocre. 41 kilos.

Il ne peut se livrer à aucun travail, mange très peu, prend des œufs et du laitage, il est presque réduit à la mendicité du fait de sa maladie.

N° 29. — M^{me} J..., 31. Examinée en avril 1909 à l'hôpital Tenon, ne se plaint d'aucun symptôme gastrique et se trouve en très bonne santé.

N° 30. — M^{lle} M. ., 28 ans. Actuellement malade anémiée aux muqueuses décolorées, ne présentant pas de souffle de la jugulaire, vomissements rares.

L'examen local montre une sensibilité extrême de la région épigastrique à la pression même légère, cette sensibilité existe même en dehors des crises.

L'examen local n'a pu être pratiqué.

Le régime des pâtes, purées, bouillies, laitage est suivi régulièrement.

M^{lle} M. . . peut travailler toute la journée.

N° 31. — M. J. . . En avril 1909, nous avons trouvé un malade pâle, anémié, fatigué au moindre effort. Il a dû quitter son métier de livreur depuis plusieurs années à cause de sa faiblesse.

L'examen local ne décèle pas de tumeur gastrique. La réaction de Weber est négative.

N° 32. — M^{me} D. . . , 45 ans, blanchisseuse.

Malade assez anémiée, présentant de la décoloration des muqueuses, mais pas de souffle anémique de la jugulaire. Poids : 48 kilos, pression, 15 c. 11 Hg.

M^{me} D. . . se nourrit d'œufs, de laitage et de bouillies, n'osant pas reprendre le régime commun.

Elle se borne actuellement à faire son ménage.

N° 33. — Depuis 3 ans, les crises se sont espacées. La malade suit le régime prescrit par M. Parmentier, mais par intermittence seulement. Au régime commun d'ordinaire, elle se remet au régime au moindre malaise gastrique.

Cependant elle évite d'une manière absolue le pain.

M^{me} G. . . peut exercer son métier pénible de blanchisseuse et à part quelques menaces de crise, se porte très bien.

N° 34. — M^{me} J. . . En mars 1909, hématomèse assez abondante.

Actuellement, avril 1909, hématomèse peu abondante. Malade pâle, anémiée, aux muqueuses décolorées, cependant pas de souffle anémique de la jugulaire.

La malade se plaint depuis quelque temps de douleur rachidienne accompagnant la douleur épigastrique. Régime actuel, pain, purées, bouillies, la viande provoque les crises.

La malade peut travailler régulièrement dans l'intervalle des crises. Poids : 56 kilos, taille : 1^m57.

N° 35. — Th..., 26 ans, peintre. Ulcus datant de 2 ans, malgré le régime, pas d'amélioration, crises douloureuses tardives. Bon état général.

N° 36. — M. D..., photographe. Début à 22 ans, suit son régime depuis des années, les régurgitations aqueuses acides cessent quand le malade supprime le lait.

Le pain et la viande sont bien tolérés, pas de vomissements alimentaires.

Assez bon état général, mais amaigrissement de 10 kilos. Le malade travaille régulièrement.

N° 37. — Malade âgée de 55 ans. Ulcus datant de 20 ans, ne suit aucun régime. Bon état général. Travaille.

N° 38. — M^{me} G..., 39 ans, sœur du n°. Ulcus datant de l'âge de 31 ans.

Hyperesthésie épigastrique, crises douloureuses, aggravation de la douleur depuis un an, a maigri de 5 kilos, malade très nerveuse sans présenter de stigmates d'hystérie, peut travailler.

N° 39. — M^{me} V..., âgée de 52 ans. Début en 1893, dernières crises douloureuses en 1906, très améliorée par le régime et les pansements bismuthés, ne suit pas de régime.

N° 40. — M^{me} C..., 54 ans, passementière.

Début remonte à 20 ans environ ?

Crises douloureuses intermittentes depuis l'âge de 30 ans, provoquées autrefois par la viande, le pain.

Actuellement, régime suivi, lait, bouillies, viande, travaille toute la journée. Poids : 60 kil. 5.

Bon état général.

N° 41. — M. L..., 45 ans, boulanger. Début à l'âge de 18 à 20 ans, une seule hématémèse, vomissements, douleurs paroxystiques.

Actuellement, crises plus violentes à la suite d'un purgatif.

Vive douleur dorsale sous la pointe de l'omoplate gauche depuis
2 ans.

Pas de régime suivi, travaille.

N° 42. — M^{me} M . . , 58 ans, blanchisseuse.

Troubles gastriques depuis l'âge de 18 à 20 ans. .

Crises et rechutes à répétition en 1908, séjour de 6 semaines à
l'hôpital Tenon Pas d'amélioration. Amaigrissement notable et
vomissements toutes les nuits.

N° 44. — M. C. . , 50 ans, cordonnier. Début à 41 ans.

Douleurs tardives, vomissements. Clapotage à jeun. Sténose
incomplète.

Actuellement à l'hôpital, en traitement.

N° 45. — M^{me} A. . . , 32 ans, concierge.

Ulcus datant de 2 ans, douleur caractéristique persistante, alternatives de périodes de crises revenant à peu près tous les deux mois, cédant très facilement au régime très intermittent que suit le malade.

Entre les crises, parfait état général. Poids : 80 kilos.

N° 46. —

Sténose incomplète, douleurs tardives, vomissements. Le malade est souvent obligé de quitter son travail.

OBSERVATIONS

Obs. 1. (Personnelle). — *Premiers troubles gastriques à l'âge de 20 ans.* — Hématémèse. — Méléna. — Guérison apparente depuis un an et demie.

M^{me} B..., 58 ans, couturière.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires. Pas de maladies infectieuses dans l'enfance. *Péritonite* à l'âge de 18 ans, quelques jours après un accouchement. Les troubles gastriques ont apparu à l'âge de 20 ans.

De 20 à 30 ans tout se borne à quelques malaises que la malade qualifie d'indigestions assez fréquentes d'ailleurs. Peu à peu les digestions deviennent pénibles, la malade voit son appétit diminuer ; d'elle-même elle restreint son alimentation, évitant en particulier les aliments gras, les ragoûts.

Vers l'âge de 30 ans les symptômes gastriques s'accroissent ; M^{me} B... éprouve après ses repas une douleur épigastrique comparée « aux morsures d'une bête qui l'aurait rongée ». Cette douleur s'irradiait vers les seins.

Jamais cette douleur n'a été transfixiante. La douleur s'installait progressivement et disparaissait brusquement.

Elle était moins vive dans le décubitus dorsal, la malade n'était pas obligée de se courber en deux.

La douleur ne céda pas aux applications chaudes.

La première période de crise dura trois semaines ; les douleurs étaient quotidiennes, commençant dès le lever, intermittentes, survenant par accès paroxystiques de 10 à 15 minutes deux ou trois fois par heure.

Après cette première crise qui avait obligé M^{me} B... à quitter son travail, les crises reparaissent à des intervalles irréguliers, ne la laissant jamais trois mois tranquille. Elle arrive ainsi à l'âge de 51 ans sans avoir vu sensiblement aggraver son état. Ménopause à 45 ans.

Aucun traitement médical n'est suivi ; la malade évite le vin et surtout la viande, cause provocatrice des crises.

Vers l'âge de 38 à 40 ans, usage prolongé de bicarbonate de soude à petites doses, moins d'une cuillerée à café par jour.

En somme, de 20 à 51 ans, douleur tardive 1 heure à 2 heures après les repas.

Pas de vomissements, cependant la malade essaie à différentes reprises de les provoquer.

A 51 ans, *crises douloureuses plus marquées*. Douleurs violentes dans l'hypochondre gauche, faiblesse extrême. Ces crises se répètent. D'elle-même la malade s'est mise à la diète lactée.

Une de ses crises, provoquée par un peu de surmenage, est suivie d'un vomissement alimentaire.

Le lendemain, à son lever, *hématémèse de sang noir en caillots*, constatée par un médecin. Deux jours après étant au lit, *nouvelle hématémèse abondante, sang rouge*. Syncope.

Après trois semaines de repos, M^{me} B. reprend son travail, mais les crises douloureuses paroxystiques l'obligent à se reposer de temps en temps. De guerre lasse elle reprend le régime commun, n'évitant que le vin.

Les crises se rapprochent bientôt, parfois hebdomadaires, parfois biquotidiennes ; elles se terminent par des *vomissements alimentaires spontanés, faciles, soulageant beaucoup la malade*.

Nous arrivons ainsi jusqu'à l'année 1903, au mois de juillet. Après quelques jours de lassitude générale et de faiblesse, subitement après le repas, le midi, survient une *syncope prolongée* non suivie de vomissements ou d'hématémèse, mais le lendemain *selles noires liquides, comparées par la malade à du vernis*.

Le *melena* dure une dizaine de jours.

Sa faiblesse devenant extrême on transporte enfin M^{me} B. à l'hôpital Tenon dans le service de M. Parmentier.

Après quelques jours, *amélioration rapide par le régime et les pansements bismuthés*, injections de sérum artificiel à plusieurs reprises. Alimentation par du lait et des potages.

Après un séjour de 3 semaines la malade sort améliorée mais très faible, au point de ne pouvoir travailler que 6 mois après, elle est même obligée de rentrer se reposer à l'hôpital Tenon au mois de novembre 1903.

Depuis cette époque, à des intervalles de 15 jours, 1 mois, reviennent des douleurs gastriques 1 h. à 2 h. après le repas.

En novembre 1907 elle a une crise très douloureuse après avoir bu du *poiré*. Cette crise dure une demi-heure et se termine par des vomissements alimentaires.

Depuis cette crise qui l'a effrayée, la malade s'est traitée par des *pansements bismuthés*, elle suit un régime composé de *pâtes, bouillies, légumes, œufs*.

Nous l'avons revue en février 1909, son état général est bon, les crises

douloureuses ont disparu, elle peut travailler toute la journée ; elle se plaint d'avoir parfois un *appétit exagéré*.

Poids actuel : 46 kilogr.

Nous avons les résultats de trois examens du suc gastrique de cette malade :

Le premier fut pratiqué quelques jours après les hématémèses.

Le deuxième six mois après.

Le troisième en décembre 1907.

Juillet 1905.

	A	H	C	H+C	T	F	$\frac{A-H}{C}$	$\frac{T}{F}$	ω	Pept.	Q.
A jeun :											0
1 h. apr. repas											70 ^{cc3} mal
d'épreuve :	106	0	127	127	321	194	83	165	0.810	Moy.	émuls.

Novembre 1905.

	A	H	C	H+C	T	F	$\frac{A-H}{C}$	$\frac{T}{F}$	ω	Pept.	Q.
A jeun :											0
1 h. apr. repas											80 ^{cc3} bien
d'épreuve :	198	7	226	233	328	95	87	3.40	0.910	Abond.	émuls.

12 décembre 1907.

	A	H	C	H+C	T	F	$\frac{A-H}{C}$	$\frac{T}{F}$	ω	Pept.	Q.
A jeun :											5 ^{cc3} sans
											acide.
											70 ^{cc3} liq.
1 h. apr. repas											bien émuls.
d'épreuve :	269	23	233	256	431	175	2.46	1.05	0.490	Moy.	sionné.

Obs. 2 (personnelle). — *Ulcus chronique de l'estomac, non sténosant, caractérisé par deux hémorragies à trois ans d'intervalle. — Malade ayant présenté des adénopathies bacillaires suppurées. — Ulcus remontant à 5 ans.*

M^{lle} B. E..., 31 ans, couturière.

Antécédents. — Mère morte à 48 ans, paralysée ; père bien portant âgé de 69 ans.

Sept frères et sœurs bien portants ; l'un d'eux a eu une coxalgie. A été réglée à l'âge de 17 ans, règles toujours régulières non douloureuses jusqu'à l'âge de 27 ans toujours précédées de pertes blanches.

A été opérée à 22 ans pour adénite suppurée de la région sous-maxillaire droite et du creux axillaire gauche.

La malade a toujours eu un très bon appétit et, jusqu'à 26 ans, n'a éprouvé aucun trouble digestif.

Graduellement les digestions deviennent laborieuses, elles s'accompagnent au bout d'un an de brûlures au creux épigastrique et de crampes d'estomac survenant deux ou trois heures après le repas ; ces douleurs étaient moins accentuées après le repas du soir.

Le régime qu'elle suivait à cette époque était le régime commun. Malgré ses douleurs elle ne le modifie en rien mais, ses forces diminuant, elle va consulter un médecin, elle constate des selles noires, elle a des régurgitations aqueuses, acides. Elle éprouve des douleurs transfixiantes l'obligeant à se courber en deux. Le repos absolu, l'application de glace sur le ventre, un régime composé de lait glacé (un demi-litre de lait coupé d'eau d'Evian), apportent un notable soulagement à la malade.

Peu à peu la malade prend une plus grande quantité de lait et des crèmes.

Elle suit ce régime pendant deux mois puis elle en arrive à reprendre le régime commun au bout de six mois.

Les règles qui avaient cessé au moment de la première crise réapparaissent.

Après un séjour d'un mois à la campagne, ses forces et son appétit reviennent.

Pendant deux ans elle n'éprouve aucun symptôme gastrique si ce n'est parfois une sensation de pesanteur.

Mais la mort de sa mère, des ennuis déterminent des troubles digestifs plus fréquents ; de plus, la malade avait négligé de suivre un régime approprié à son état. Deux ans après les premiers accidents elle est prise un matin, à 9 heures, de syncope qui dure 10 minutes ; à 11 heures se produit une hématemèse d'un demi litre, à 5 heures du soir une seconde hématemèse de même quantité ; le lendemain elle perd à nouveau connaissance et à nouveau se produit une hématemèse plus abondante que les précédentes.

La malade reste au lit 26 jours sans le quitter, le moindre mouvement étant l'occasion de douleurs, elle ne prend que du lait, des tisanes glacées ; peu à peu elle prend 1 litre 1/2 de lait par jour.

Quatre mois après l'état gastrique est meilleur, les régurgitations aqueuses acides, ont disparu ; mais elle est extrêmement faible, ayant maigri de 15 kilogr. en 4 mois.

Elle entre alors dans le service de M. le Dr Parmentier, à l'hôpital Tenon, le 5 mars 1908.

On combat son anémie par des injections de sérum artificiel : une injection de 25 cc. tous les deux jours pendant deux mois. Sa nourriture

se compose de trois litres de lait, quatre œufs dans des potages au lait, des purées et de la viande crue.

Elle sort de l'hôpital le 23 juin 1908. Son poids a augmenté de 10 kilogr. Après un séjour de 2 mois 1/2 à la campagne il s'accroît encore de 8 kilogr.

Le 10 septembre 1901, elle revient à Paris, son état général s'est très amélioré, toutefois elle est encore faible.

Elle a des palpitations à la moindre fatigue et ne peut reprendre son travail.

Actuellement, 13 novembre 1908, elle peut travailler environ 4 heures par jour. Les digestions sont lentes, 2 ou 3 heures après chaque repas, elles a des régurgitations gazeuses non acides et des vertiges. Ces symptômes, toutefois, ne se produisent pas tous les jours. Jamais elle ne vomit.

La constipation autrefois habituelle a disparu. La malade suit fidèlement un régime.

Toujours anémie, ses règles n'ont pas reparu depuis décembre 1907.

A l'examen, on constate que le teint de la malade est légèrement coloré, on constate la présence d'un souffle anémique de la jugulaire. Léger souffle mésosystolique du cœur.

La limite inférieure de l'estomac est à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

On perçoit un peu de clapotage. La palpation du creux épigastrique n'est pas douloureuse.

La paroi abdominale est très souple.

En résumé, il s'agit d'une malade qui, depuis l'âge de 26 ans, a éprouvé des troubles gastriques ayant abouti après un an à des symptômes douloureux et à une anémie causée par les hémorrhagies. Après deux ans, réapparition des symptômes douloureux à la suite d'ennuis et d'écart de régime. Les crises s'accompagnent d'hématémèses. Un traitement et un régime approprié font disparaître tous les symptômes.

L'examen répété de l'estomac à jeun n'a jamais révélé de résidus alimentaires.

Chimisme :

12 mars 1908.

	A	H	C	H+C	T	F	$\frac{A-H}{C}$	$\frac{T}{F}$	ω	Pept.	Q.
A jeun :	42	0							0.110		10 ⁰⁰³ liquide verdâtre sans aliment.
1 h. apr. repas											160 ⁰⁰³ liquide
d'épreuve :	213	14	234	248	372	124	0.86	3	0.515	Fortes	mal émuls.

24 juin 1908.

	A	H	C	H+C	T	F	$\frac{A+H}{C}$	$\frac{T}{F}$	ω	Pept.	Q.
A jeun :	0										10 ^{cc3} liquide muqueux non acide.
1 h. apr. repas d'épreuve :	204	14	248	262	408	146	0.72	2.79	0.630	Fortes	80 ^{cc3} liquide mal émuls.

13 novembre 1908.

	A	H	C	H+C	T	F	$\frac{A+H}{C}$	$\frac{T}{F}$	ω	Pept.	Q.
A jeun :	0										60 ^{cc3} liquide épais avec filets de sang.
1 h. apr. repas d'épreuve :	109	0	139	139	358	219	0.75	163	0.570	Moy.	

Obs. 3 (personnelle). — *Ulcus* datant de 19 ans. — *Fringales*. Hématémèses à 5 ans d'intervalle.

Mme B . . , 38 ans, ménagère.

Antécédents héréditaires. Père mort tuberculeux à 55 ans. Mère morte de néphrite à 63 ans.

Antécédents personnels. — Erysipèle à 15 ans, réglée à 15 ans 1/2, dans l'enfance migraines fréquentes persistant encore actuellement. Mariée à 20 ans, pas d'enfants, pas de fausses couches.

Les premiers malaises gastriques remontent à l'âge de 19 ans, tantôt immédiatement après le repas, tantôt deux heures plus tard apparaissent de violentes douleurs.

Le siège de la douleur est épigastrique, elle consiste surtout en tiraillements correspondant dans le dos, les deux douleurs dorsales et épigastriques n'en faisant qu'une.

La douleur dorsale de beaucoup la plus violente m'obligeait à crier, dit la malade.

A la douleur succédaient souvent des vomissements, la plupart du temps aqueux, quelquefois alimentaires. Ces vomissements spontanés soulageaient la malade et mettaient fin à la crise qui avait duré environ une heure.

Ces crises ont apparu en pleine santé apparente. Le régime suivi était le régime commun, pas d'excès de boisson, un quart de litre de vin rouge par jour, trois tasses de café.

Cependant, dès cette époque, l'appétit de la malade était exagéré. Prise de fringale, elle se levait parfois la nuit pour manger ; dans ses crises, l'ingestion d'aliments la soulageait.

Les premières crises très irrégulièrement espacées reviennent tous les deux ou trois mois accompagnées de vomissements. En outre, il faut signaler de fréquentes régurgations aqueuses acides agaçant les dents.

De 20 à 30 ans, la malade travaille régulièrement sans jamais s'aliter malgré ses crises.

A 30 ans, elle est prise d'une diarrhée fétide opiniâtre. Durant des mois 7 à 8 selles liquides par jour, ne contenant ni aliments non digérés, ni membranes, ni glaires, ni sang.

Au cours de cette diarrhée, le 20 juillet 1901, sans prodromes immédiats, après de vives contrariétés et une journée de travail pénible au lavoir, *hématémèse* :

Cette hématémèse se produit au lit à 6 heures du matin. La malade dit avoir vomi une grande *quantité de sang rouge* non spumeux, mais ne peut préciser la quantité de sang vomi. Il n'y eut pas de syncope consécutive. Melæna le lendemain.

M^{me} B... garde le lit pendant trois mois. A la suite de cet accident, la diarrhée a cessé quelques jours après l'hématémèse. Les crises ont disparu pendant tout ce temps.

L'hématémèse ne coïncidait pas avec les règles.

M^{me} B... part ensuite à la campagne où pendant quatre mois elle jouit d'une santé parfaite.

Elle suit assez constamment un régime composé d'œufs, de laitage et de viande crue, la viande, en effet, paraît sans influence sur son estomac.

Jusqu'à 35 ans, les crises disparaissent.

M^{me} B... ne souffre plus et travaille régulièrement dans une faïencerie.

A 35 ans, sans cause occasionnelle apparente, les crises deviennent de plus en plus fréquentes, presque quotidiennes.

L'appétit est toujours exagéré.

Depuis un an, les vomissements sont devenus plus fréquents, cependant ils ne suivent pas toutes les crises. Spontanés, parfois alimentaires, parfois aqueux, ils ne contiennent jamais de sang.

La malade n'a jamais reconnu d'aliments de la veille. Depuis 3 mois, aménorrhée, constipation opiniâtre depuis un mois.

M^{me} B... vient consulter M. Parmentier à l'hôpital Ténon en janvier 1909.

Il s'agit d'une malade amaigrie. 55 kil., taille : 1 m. 60, ne paraissant pas anémiée, cependant elle se plaint de maux de tête, de faiblesse. La *réaction de Weber* est positive. Pas de souffle de la jugulaire. Par suite de sa faiblesse, la malade a dû cesser de s'occuper de son ménage depuis deux mois.

L'*examen local* indique que la limite inférieure de l'estomac est à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Pas de clapotage à jeun.

Pas de douleur à la pression même forte de la région épigastrique.

Pas de signes de cirrhose ou de précirrhose.

Pas de stigmates d'hystérie. Malade mélancolique.

Traitement par les pansements bismuthés, régime composé d'œufs, de laitage et de purées. L'appétit est exagéré et la malade ne fait que demander à manger.

Elle quitte l'hôpital après quelques jours à peine de traitement. Améliorée, mais encore très faible.

Obs. 4 (personnelle). — *Ulcus remontant à 40 ans. — Hématémèse à la suite d'un effort. — Complète guérison apparente depuis 1906.*

M^{me} E. . . , 45 ans, ménagère.

Pas de maladie infectieuse dans l'enfance.

Réglée à 19 ans, et depuis toujours irrégulièrement.

Fièvre typhoïde à 17 ans, traitée par la quinine en potions et en lavements.

La fièvre typhoïde aurait été suivie du typhus exanthématique.

Deux ans après première attaque de rhumatisme articulaire aigu, qui reviendra tous les ans pendant six ou sept ans. A chaque attaque, la malade prend du *salicylate de soude en cachets*.

1889. — A 27 ans, ablation de ganglions cervicaux tuberculeux. Cette opération est suivie de paralysie du plexus cervical du type supérieur qui dure un mois.

Le régime alimentaire avant les troubles gastriques était le régime commun.

Pas d'excès de boisson, un demi litre de vin rouge par jour. Constipation habituelle.

En 1897, à l'âge de 35 ans, *régurgitations aqueuses acides*, cependant la digestion semblait s'effectuer normalement.

Cette même année, à l'occasion d'un effort en secouant un vêtement très lourd, sensation brusque de déchirure interne suivie aussitôt de syncope.

La malade passe la journée au lit, la région épigastrique était douloureuse à la pression.

Le lendemain, à son lever, *hématémèse peu abondante*, trois ou quatre gorgées de sang rouge, pas de méléna.

Un médecin consulté, se borne à prescrire le repos au lit. Les jours suivants, la malade veut se livrer à ses occupations habituelles malgré l'aggravation de son état.

En effet, elle ressent aussitôt après le repas une sensation de brûlure, de torsion au creux épigastrique, correspondant dans le dos, les deux douleurs n'en faisant qu'une et s'irradiant vers les épaules.

Ordinairement la douleur s'atténuait ou disparaissait après quelques minutes à la suite de vomissements spontanés pénibles. Ces vomisse-

ments étaient alimentaires, contenant le plus souvent quelques filets de sang, parfois le sang paraissait en plus grande quantité.

Pendant la crise, la malade se tenait courbée en deux et ne pouvait rester allongée dans le décubitus dorsal.

Les souffrances étaient assez atténuées par les compresses d'eau chaude laudanisée.

Ces crises douloureuses survenaient au début par périodes de sept à huit jours, séparées par des intervalles d'un mois.

Bientôt les crises prennent une intensité plus grande, deviennent plus douloureuses, suivent chaque repas, empêchent tout sommeil.

Peu à peu la malade réduit son alimentation, elle évite le vin, la viande, son régime se compose exclusivement de trois ou quatre œufs par jour.

Pendant les crises l'intolérance gastrique est absolue.

En 1900, les crises deviennent subintrantes. Une seconde hématomèse plus abondante que la première, se produit, le sang vomé est rouge rutilant. M^{me} E... ne peut en préciser la quantité.

Un médecin consulté prescrit le régime lacté, 3 litres de lait par jour et six cuillerées à café de bicarbonate de soude.

La malade perd ses forces, elle maigrit considérablement, son poids tombe à 58 kgs. Elle travaille cependant malgré ses crises que la fatigue accroit.

En 1902, les crises s'espacent un peu, au mois d'octobre brusque apparition d'un ictère intense sans décoloration des selles (aucun point douloureux, pas de point cystique).

Le lendemain trois hématomèses abondantes, constituées par de gros caillots de sang noir.

Un médecin consulté, ordonne de la quinine en cachets. L'ictère disparaît en 15 jours.

De nouveau, les crises se rapprochent de plus en plus, présentant toujours les mêmes caractères, mais deviennent plus longues, durent plusieurs heures et parfois toute la journée,

Au début de 1903, M^{me} E... vient à l'hôpital Tenon consulter M. Parmentier, qui pose le diagnostic d'ulcère de l'estomac et prescrit un régime composé de bouillies, purées, etc., traitement par les pansements bismuthés.

En mai 1905, appendicite opérée à froid, pas de crises pendant le séjour à l'hôpital.

Les crises ne réapparaissent qu'en août 1905, M^{me} E... va consulter le Dr Mathieu qui prescrit le régime lacté et les pansements bismuthés.

Cependant les crises deviennent de plus en plus fréquentes, la malade ne s'alimente plus qu'avec un litre et demi de lait par jour. La faiblesse devient extrême, elle ne quitte plus le lit, ne peut faire aucun effort, ne

peut même pas s'asseoir sur son lit sans défaillir. La douleur est continue, nécessitant l'usage quotidien d'injections de morphine.

La malade, pâle et très anémiée, se plaint en outre de vertiges, de bourdonnements d'oreilles.

Un médecin conseille une intervention chirurgicale que la malade refuse.

Décembre 1905. Malgré son état de faiblesse, elle retourne chez elle dans l'Isère, découragée, dans l'intention, dit-elle, d'utiliser une sépulture de famille.

Elle continue le régime lacté, bientôt une amélioration progressive se produit, la malade commence à s'alimenter de bouillies, les crises s'espaçant et une dernière crise très douloureuse clôt la série au mois de juin 1906.

En février 1908 nous avons examiné M^{me} E..., elle présente l'aspect d'une personne robuste et en excellent état, travaille toute la journée, ne présente aucun stigmate d'hystérie.

Le *chimisme* révèle un peu d'excitation stomacale, un peu d'hyperchlorhydrie tardive.

Obs. 5 (personnelle).— *Ulcus à début tardif, 58 ans.— Réaction de Weber positive. — Affaiblissement et dénutrition progressive.*

Mme B ..., 60 ans, tailleuse.

Antécédents personnels. — Pas d'autre maladie infectieuse qu'une rougeole à 7 ans. Réglée régulièrement de 43 ans à 45 ans.

Une bronchite survenue à l'âge de 30 ans aurait duré deux ou trois ans. Mme B... ne tousse plus actuellement.

Mari mort de tuberculose pulmonaire, 5 enfants, un enfant mort à 6 ans de méningite tuberculeuse, une fille morte à 25 ans de tuberculose pulmonaire.

Mme B. . dit n'avoir jamais commis aucun excès de nourriture ou de boisson, pas de fringales.

Les premiers troubles gastriques ne datent que du mois de juillet 1907. Ils furent précédés d'une période de surmenage et d'émotions, par suite de la maladie et de la mort de sa fille, en avril 1907.

En juillet 1907, à l'occasion de l'injection de boissons glacées, un soir vers 5 h. surviennent de violentes douleurs gastriques qui se terminent le soir vers 9 h., à la suite de l'application de compresses d'eau chaude au creux épigastrique.

Pendant la crise, la malade dut se coucher, ne se trouvant un peu soulagée que dans le décubitus dorsal.

La douleur est paraxiphoidienne, c'est une sensation de pesanteur, de torsion s'irradiant vers les reins.

La douleur présente d'emblée son acmé et décroît progressivement.

Il n'y a pas de point douloureux rachidien, la malade dit bien n'avoir jamais eu de douleur en broche.

Au cours des 15 jours qui suivent, ces crises douloureuses se répètent. La crise est tardive, survenant trois ou quatre heures après le déjeuner de midi seul repas où la malade prenne encore un peu de viande.

Les autres repas se composaient surtout de laitage.

Dans la soirée, les douleurs disparaissaient et les nuits étaient à peu près bonnes.

Quelques crises seulement se sont terminées par des vomissements alimentaires présentant une couleur de rouille, dit le malade.

Pas d'hématémèses ni de melæna.

Après 15 jours de souffrance, Mme B... vint à la consultation de l'hôpital Tenon. M. Parmentier prescrivit les pansements bismuthés, le repos et un régime composé de laitage et de bouillies.

Le tubage indiqua la présence de liquide à jeun.

Après 1 mois 1/2 de régime, les crises se sont espacées.

A deux reprises, en octobre 1907, surviennent des vomissements alimentaires pendant plusieurs jours de suite et des douleurs paroxystiques.

Les douleurs sont moins continues que pendant les premières crises et atteignent leur maximum progressivement. C'est une sensation de torsion se produisant toujours 3 ou 4 heures après les repas, une très vive sensation de contraction calmée par un vomissement spontané aqueux renfermant des débris rougeâtres inodores.

On n'aurait jamais constaté la présence de parcelles d'aliments de la veille dans les vomissements.

Etat actuel, décembre 1907. — Malade de taille moyenne, assez anémiée, muqueuses décolorées, ne présente pas de souffle anémique de la jugulaire.

A l'examen local, on ne trouve ni tumeur ni hyperesthésie; seule, la palpation profonde est un peu douloureuse.

La limite inférieure de l'estomac est à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. On constate la présence de clapotage à jeun, perçu par la malade à son réveil.

L'examen des autres appareils ne décèle rien d'anormal.

Urines normales.

Les poumons présentent un peu d'emphysème.

Le pouls est à 76, la pression artérielle de 16 c. Hg.

Au moment où nous l'examinons (décembre 1907), la malade se plaint

de petites douleurs survenant 4 ou 5 heures après le repas de midi, calmées par l'ingestion d'aliments.

Les vomissements ont cessé complètement.

La malade dit s'être affaiblie progressivement depuis 2 mois, cependant elle peut travailler toute la journée à des travaux de couture.

Son poids, qui a passé de 67 kgs à 55 kgs en quelques mois, est maintenant stationnaire; cependant *la réaction de Weber est positive*

Obs. 6 (personnelle). — *Ulcus datant de 15 ans. — Aucune hématomèse. — Amélioration progressive par le régime.*

M. Ph..., gardien de la paix, 48 ans.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 72 ans, mère morte à 76 ans, asthmatique.

Antécédents personnels. — A l'âge de 15 ans, accès de fièvre intermittente traités par des cachets de quinine (travaillait comme jardinier au Raincy).

Aucun excès de boisson, 1/2 litre de vin rouge par jour, appétit normal, pas de fringales.

Marié à 25 ans, trois enfants bien portants.

A 33 ans, les digestions deviennent lentes, pénibles, sensation de pesanteur épigastrique surtout après les repas.

Bientôt cette pesanteur se transforme en une douleur vive, cuisante, s'irradiant vers l'intestin.

Cette douleur apparaît 1/2 h. à 1 h. après les repas.

Pendant les crises, le malade ne se trouvait bien qu'au lit, il était obligé de se tenir courbé en deux. La douleur croissait rapidement jusqu'au paroxysme; elle diminuait progressivement après des régurgitations aqueuses, acides, piquantes, se produisant surtout au moment de l'acmé.

Il existe une douleur dorsale lancinante; la douleur épigastrique s'irradie vers l'hypochondre gauche: ce sont des piqûres comme celles d'une grande aiguille ».

En général, les crises durent 10 à 20 minutes, mais quelquefois des heures entières.

Pendant la crise, hyperesthésie gastrique qui se prolonge après la crise.

L'application de cataplasmes soulageait un peu le malade.

Les crises douloureuses reviennent plusieurs fois par semaine irrégulièrement. Le malade ne suit aucun régime spécial. Il élimine de son alimentation la salade, les fruits; il continue de manger de la viande qui ne provoque pas de crises.

Cet état dure jusque vers l'âge de 40 ans. La constipation est habituelle.

A 40 ans, fringales, appétit exagéré, tiraillements causés par l'ingestion des aliments.

A 46 ans, sans raison apparente, les crises deviennent plus fréquentes et plus intenses. La constipation, toujours opiniâtre, s'accompagne de la présence de peaux et de membranes dans les selles.

Enfin, au mois de juillet 1908, M. Ph... vient consulter M. Parmentier qui pose le diagnostic d'ulcère simple de l'estomac; traitement: pansements bismuthés; régime: lait, bouillies, purées.

Le malade part à la campagne de juillet à novembre, il revient très amélioré et reprend son service en août.

En novembre, après quelques écarts de régime, nouvelles crises obligeant le malade à s'aliter; cette fois-ci la viande a provoqué les crises.

Depuis novembre, les crises ont cédé au traitement habituel et au régime.

Examen. — Nous examinons le malade en février 1909.

Le malade a l'air robuste, un peu pâle, il ne se plaint plus que d'un peu de sensibilité épigastrique après les repas. Constipation persistante.

A l'examen local, on trouve la limite inférieure de l'estomac à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

A la pression, hyperesthésie dans une zone très localisée de 3 centim. sous l'appendice xyphoïde, à 1 centimètre à gauche de la ligne médiane.

Pas de point douloureux dorsal.

Poids 71 kgs (taille 1 m. 75), pouls 75, pression artérielle 17 c. Hg.

Le foie paraît normal, pas de signes de cirrhose ou de précirrhose.

En résumé, presque tous les symptômes gastriques ont disparu actuellement et le malade est en voie d'amélioration progressive.

Obs. 7. — *Ulcus débutant à l'âge de 64 ans, s'accompagnant de péricarite.*

Mme J. R..., 66 ans, passementière.

Antécédents personnels. — Fièvre typhoïde à l'âge de 10 ans, réglée régulièrement de 14 à 45 ans. Mariée à 18 ans; dix grossesses, dont les 4 premières se terminent par des fausses couches. Les 6 dernières ont donné 6 enfants vivants.

On peut se demander s'il n'y a pas lieu d'incriminer la syphilis. La malade affirme n'avoir eu aucun accident primaire ou secondaire?

A l'âge de 30 ans, à la suite d'un accouchement, infection puerpérale, péritonite, qui la tient 6 mois au lit. Elle reste 18 mois sans pouvoir travailler.

La malade a toujours suivi un régime alimentaire normal, pas d'excès de boisson, moins d'un demi-litre de vin par jour.

La constipation a toujours été chez elle habituelle.

C'est en 1907 qu'elle ressent les premières douleurs gastriques.

Depuis quelque temps, les repas étaient suivis de *réurgitations aqueuses, acides*, agaçant les dents.

Deux mois plus tard, en août 1907, la malade est prise d'une violente douleur dorsale qu'elle localise exactement à la pointe de l'omoplate droite.

Depuis cette époque, à la moindre fatigue, une heure ou une heure et demie après le repas de midi, les crises douloureuses se renouvellent.

La douleur est comparée par la malade à des morsures, à des tiraillements, la douleur est lancinante et *transfixiante*. M^{me} J... peut travailler quand même.

La malade attendait le vomissement spontané qui mettait le plus souvent fin à la crise après un quart d'heure d'angoisse. Cependant les vomissements ne sont pas réguliers et la malade a dû passer plus d'une après-midi courbée en deux.

D'elle-même elle modifie son régime alimentaire, éliminant le pain et la viande qu'elle ne peut voir parce qu'ils provoquent les crises.

Son régime se compose d'œufs, de bouillies, de laitage, son appétit est conservé, elle a peur de manger.

Le repas du soir ne comprenait qu'une bouillie, cependant la nuit vers minuit les douleurs reparaissent, parfois suivies de vomissements et la malade ne s'endormait que vers le matin après avoir essayé vainement de calmer ses souffrances par des applications chaudes au creux épigastrique.

Bientôt elle sent décroître ses forces et son poids tombe de 65 kil. à 44 kil. en quelques mois.

Au cours de l'année 1908, crises à intervalles irréguliers.

La malade s'alimente de moins en moins, cependant elle a faim. Dans les grandes crises irradiation au niveau de l'hypocondre droit.

Pas d'ictère, pas de décoloration des selles.

Une crise plus violente que les autres décide la malade à entrer à l'hôpital Tenon dans les derniers jours de 1908.

Examen. — Nous l'examinons le 6 janvier.

Le 8 janvier, au cours d'une crise, frissons suivis d'un stade de chaleur et de sueur, douleur dans l'hypocondre droit, nouveau frisson deux jours après. Température 36°4.

L'examen de l'abdomen décèle une hyperesthésie marquée surtout à la région ombilicale.

La pression la plus légère fait pousser des plaintes à la malade, la palpation profonde est impossible.

Pas de point cystique, la vésicule biliaire n'est pas perceptible.

Le foie paraît normal.

Malade amaigrie sans être très anémiée.

Constipation habituelle.

Depuis le mois de janvier les douleurs sont continues, on a traité la malade par les pansements bismuthés qui ne la soulagent guère. L'application de glace sur le ventre en permanence atténue cependant ses souffrances.

Revue à plusieurs reprises depuis le mois de janvier, la malade est toujours dans le même état, son teint se recoloré un peu.

Obs. 8 (personnelle). — *Premiers troubles gastriques à l'âge de 8 ans. — Ulcus datant de 33 ans. — Diarrhée habituelle. — Melæna. — Améliorations et aggravations alternatives de l'état général.*

M^{re} B. . . , ménagère, 53 ans.

Antécédents héréditaires. — Père épileptique, mère cardiaque, 2 sœurs mortes de tuberculose pulmonaire, 2 frères bien portants.

Antécédents personnels. — Pas de maladies infectieuses dans l'enfance, à 7 ou 8 ans, crises nerveuses avec perte de connaissance ?

Réglée à 12 ans et depuis régulièrement jusqu'à 47 ans.

C'est à 8 ans qu'apparaissent les premiers troubles gastriques, vomissements spontanés alimentaires 1/2 h. 1 h. après les repas.

Cette période de vomissements presque quotidiens dure plusieurs années. Les vomissements reviennent en série plusieurs fois par jour tous les 2 ou 3 jours.

Il y a en outre des tiraillements gastriques après les repas, des régurgitations aqueuses insipides.

Parfois les vomissements contiennent de la bile, quelques vomissements de bile pure.

A 15 ans, à la suite d'une émotion violente, les troubles gastriques s'exagèrent.

La douleur naît une demi heure, une heure après le repas, intense d'emblée, mais n'obligeant pas la malade à se tenir courbée en deux, il s'agit d'une sensation de torsion.

La douleur est d'abord épigastrique. Quelques semaines plus tard, il existe simultanément une douleur rachidienne interscapulaire.

Pendant la crise, hyperesthésie de la région épigastrique obligeant la malade à desserrer ses vêtements.

Malgré la gravité des malaises ressentis, la malade se borne à boire du lait pendant les crises et continue le régime commun. La viande ne provoque pas les crises.

De 15 à 18 ans, son état général est assez mauvais.

La malade, très faible, a maigri considérablement, les règles sont douloureuses.

Peu après son mariage, à 18 ans, les crises deviennent plus fréquentes.

8 grossesses de 19 à 34 ans, 3 fausses couches (III^e, VI^e, VII^e grossesse).

Elle n'a pu nourrir ses enfants qu'un mois ou deux, car ses crises s'exagèrent à ce moment et la douleur dorsale devient très vive.

A cette époque, les crises se présentent 2 ou 3 fois par mois, la malade boit du lait, peut manger de la viande, elle évite seulement les légumes verts.

Elle travaille cependant régulièrement.

De 34 à 36 ans, les crises s'espacent et peu après la ménopause à 47 ans, les vomissements s'atténuent de façon marquée, ils ne se produisent plus qu'une fois tous les mois ou tous les deux mois.

Depuis 3 mois, 3 syncopes.

Il y a un mois (janvier 1909), prise de violentes douleurs abdominales, la malade est obligée de se tenir courbée en deux, ces douleurs s'accompagnent de céphalée, de fièvre et de nausées qui ne vont pas jusqu'au vomissement.

Le lendemain, *trois selles noires*.

Quelques jours après, la malade entre à Tenon, séjour d'un mois.

Pansements bismuthés, régime, laitage, bouillies, purées.

Il y a en outre à signaler chez cette malade une diarrhée constante depuis l'âge de 7 ou 8 ans, 4 ou 5 selles liquides par jour.

Malade ne paraissant pas anémiée, mais préoccupée et fatiguée.

Examen local. — Pas de clapotage à jeun.

La limite inférieure de l'estomac est à 2 travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Réaction de Weber négative.

Obs. 9. — *Ulcus remontant à 22 ans, ayant déterminé une sténose incomplète. — 2 hématomèses.*

M. Ch..., 38 ans, plombier.

Ulcus ancien ayant déterminé une sténose pylorique incomplète, remontant à 22 ans.

Antécédents héréditaires. - Père mort d'hémiplégie.

Mère bien portante.

Jusqu'en 1887 on ne relève aucun symptôme gastrique.

A cette date, à l'âge de 16 ans, apparaissent des douleurs, qui d'abord légères se précisent bientôt et atteignent leur maximum d'acuité le

matin, puis vers 3 h. de l'après-midi, enfin la nuit, réveillant le malade et le forçant à se tenir assis dans son lit. Ces douleurs n'étaient pas localisées, tantôt au creux épigastrique, tantôt dans l'hypocondre gauche, tantôt dans l'hypocondre droit. Elles étaient calmées quand le malade se tenait courbé en deux, calmées également par l'injection des aliments.

L'appétit était d'ailleurs conservé, même augmenté, d'autant que ces douleurs s'accompagnaient de vomissements alimentaires abondants, spontanés ou provoqués.

Les vomissements survenaient surtout vers minuit ou vers quatre heures du matin.

Le matin, les vomissements consistaient surtout en l'expulsion d'un liquide glaireux acide, ressemblant à de l'eau de savon.

La constipation était très marquée à cette époque, pas d'amaigrissement sensible.

Le malade part alors au service militaire, et pendant trois ans, douleurs, vomissements, constipation, ne font que s'accroître.

Les vomissements se produisent trois ou quatre fois par jour, les douleurs sont au paroxysme.

A l'infirmerie régimentaire on lui prescrit des sels de Sedlitz.

Au moment d'une crise plus forte il est envoyé à l'hôpital St-Martin avec le diagnostic de dyspepsie ancienne et douloureuse, anémie au début.

On le traite par de la teinture de *noix vomique*.

Il reste 30 jours à l'hôpital.

Les crises persistent, quand en 1892 il reprend son métier de plombier zingueur.

Elles affectent alors une certaine régularité dans leur apparition.

C'est ainsi qu'elles surviennent surtout vers trois ou quatre heures de l'après-midi et l'intensité en est telle qu'il est obligé de descendre du toit où il travaille pour venir se coucher quelques instants dans le grenier.

Ce fut en 1893 qu'apparut le premier *vomissement noirâtre*.

Subitement il est réveillé la nuit et sans douleur marquée, il vomit un liquide brun, qui après quelques instants devient noirâtre sans dépôt très abondant.

Un médecin appelé prescrit un vésicatoire, dans les jours suivants ont encore lieu quelques *vomissements noirâtres* peu abondants, ils finissent par s'espacer de plus en plus, si bien que le malade se croit complètement guéri. plus de vomissements, plus de douleur.

Après cet intervalle de quatre ans, il est pris d'un nouveau *vomissement noirâtre* beaucoup moins abondant que le premier, un quart de litre environ. les douleurs reparaissent en même temps mais moins intenses.

Il y a six ans, le malade cesse toute alimentation solide, prenant 5 à 6 litres de lait, vomissements et douleurs disparaissent, mais la constipa-

tion est de plus en plus marquée, au bout de quelques jours il abandonne ce régime.

Il y a un an, pendant une congestion pulmonaire qui l'oblige à garder le lit dix-sept jours, il ne s'alimente pas, les douleurs gastriques disparaissent.

Actuellement, les douleurs persistent, intermittentes, calmées par la position de flexion du tronc. Instinctivement il en prend l'habitude et dort le plus souvent assis dans son lit.

Pas d'irradiations douloureuses lombaires, pas de douleur *transfixiante*.

Les vomissements qui calment les douleurs renferment des aliments ingérés depuis plusieurs jours.

A la constipation fait place maintenant la diarrhée, deux selles jaunâtres contenant des glaires en abondance, jamais de selles noires.

Le malade a maigri de 9 k. 500 depuis 2 mois.

A l'examen de l'estomac on trouve que ce dernier est dilaté, qu'il contient du liquide à jeun révélé par un clapotage que le malade a remarqué de lui-même depuis longtemps.

La région épigastrique est douloureuse.

Le foie est normal.

Obs. 10. — *Ulcus datant de 22 ans. — Une hématomèse. — État général de plus en plus mauvais.*

Mme Vve B..., âgée de 58 ans.

Antécédents personnels. — Réglée à 17 ans, ménopause à 54 ans. Plusieurs attaques de rhumatisme articulaire, une maladie nerveuse à 35 ans.

Avant la maladie actuelle, Mme Vve R... mangeait de tout et n'a jamais eu d'habitudes d'éthylisme. Appétit normal.

Les premiers symptômes gastriques remontent à l'âge de 36 ans. La malade ne donne aucun détail sur sa maladie avant les trois dernières années, elle se borne à dire qu'elle prenait du bicarbonate de soude deux fois par jour.

Depuis trois ans, elle a eu des crises gastriques douloureuses succédant aux repas.

Les crises surviennent très tardivement, plusieurs heures après les repas.

La douleur est *épigastrique et abdominale*.

Elle est comparée par la malade à *des brûlures*, à des piqûres, elle s'irradie vers les reins.

Les crises sont d'intensité variable; supportables le jour, elles sont insupportables la nuit.

Elles reviennent plusieurs jours de suite ; dans l'intervalle, il y a des accalmies complètes de plusieurs jours, parfois des semaines entières.

Les vomissements *succèdent à la douleur* mais viennent l'accroître ; ils sont spontanés, bilieux et très pénibles.

La malade n'a pas remarqué d'aliments des jours précédents dans les matières vomies.

Une seule hématémèse en *février 1909*, sang rouge foncé et en petite quantité.

La langue est toujours chargée ; la constipation habituelle et opiniâtre, les selles contiennent des peaux et des membranes.

La malade a restreint d'elle-même son alimentation, elle prend des bouillies, du lait.

Les crises sont de plus en plus violentes.

La malade a cessé son travail.

Obs. 11 (personnelle). — *Ulcus caractérisé par douleur persistante. — Ulcus remontant à 11 ans.*

M. P.... 46 ans, contrôleur de la Compagnie du gaz.

Antécédents personnels. — A l'âge de 21 ans, a contracté une maladie vénérienne qui semble être la syphilis sans que le malade puisse l'affirmer.

A cette occasion, il prit longtemps de l'*iodure de potassium*. Il fit une partie de son service militaire au Soudan et au Sénégal, contracta la fièvre intermittente et prit de la *quinine* très longtemps ; enfin, il fit un usage prolongé du *salicylate de soude*.

On ne trouve pas trace d'éthylisme dans le passé du malade. Son appétit a toujours été normal, il était grand buveur d'eau.

La maladie d'estomac dont souffre encore aujourd'hui M. P..., remonte à 11 ans. Longtemps, elle fut bénigne et ne se manifestait que par intermittence.

Depuis 1901, chaque repas est suivi, à 3 ou 4 heures d'intervalle, de vives souffrances.

Le principal symptôme dont se plaint le malade c'est la douleur 3 heures environ après les repas, « son estomac est en feu, il ressent comme une plaie béante dans la poitrine ». Quelquefois, la douleur est dorsale, ce que le malade attribue à la fatigue

C'est après le repas de midi que la douleur acquiert sa plus grande intensité, mais elle tend à devenir aussi vive après le petit déjeuner du matin.

Chaque crise dure au moins 1 heure.

Il ne se produit jamais de vomissements. La région épigastrique n'est pas douloureuse à la pression.

Pas d'hématémèse, pas de melæna.

Il faut encore noter les régurgitations aqueuses acides 2 heures après les repas et de la rumination.

Le ventre est souvent ballonné et la constipation habituelle.

Le poids du malade (taille 1 m. 61) est de 72 kgs; ce poids a varié beaucoup depuis quelques années, il tend plutôt à augmenter.

Malgré le régime sévère qu'il suit à la lettre, M. P... souffre de plus en plus et ces douleurs persistantes l'inquiètent beaucoup.

Actuellement, il se nourrit de purées, bouillies, d'œufs; ne mange plus de viande.

Il peut cependant travailler régulièrement.

Obs. 12 (personnelle). — *Ulcus remontant à 10 ans. — Une seule hématémèse. — Son état actuel.*

M^{me} Gr..., Eugénie, 36 ans, ménagère.

Antécédents personnels. — Fièvre typhoïde légère à l'âge de 11 ans. Réglée depuis l'âge de 14 ans assez régulièrement.

Avant la maladie actuelle a toujours suivi le régime alimentaire commun. Son appétit était exagéré.

M^{me} Gr... souffre de l'estomac depuis 10 à 12 ans sans cause apparente. Un médecin consulté prescrit un régime comprenant laitage et viandes blanches.

Usage habituel du bicarbonate de soude à faibles doses : une cuillerée à café dans un litre d'eau.

Après les repas sensation de malaise gastrique qui s'atténue par la position que prenait la malade; assise sur un siège très bas elle se tenait pliée en deux.

Une amélioration survint et persista pendant deux ou trois ans, dès que M^{me} G... fut mise au régime approprié.

Cependant, en 1906, au mois de septembre, la malade est reprise de violentes douleurs deux heures après les repas; quelques vomissements surviennent de temps en temps.

La douleur à cette époque siégeait au cœur épigastrique et dans le dos, tantôt très localisée, tantôt très diffuse. Au creux épigastrique il s'agit d'une sensation de brûlure, la douleur se propage vers les épaules et les seins.

C'est à un moment très variable de la digestion qu'apparaissait la douleur tantôt 1 heure, tantôt 2, 3 et 4 heures après les principaux repas,

atteignant lentement son paroxysme et s'atténuant peu à peu. L'injection des aliments calme la douleur.

Les crises durent 2 ou 3 heures sans se reproduire tous les jours, elles reviennent par périodes de 2, 3 ou 4 jours. Pendant leur durée la pression sur la région épigastrique n'éveille aucune souffrance.

Les nausées sont fréquentes mais non suivies de vomissements.

En décembre 1906, à la suite de grandes contrariétés, crises de nerfs ; dans l'après-midi hématomèse suivie de mélena, hémorragie très abondante.

Constipation habituelle.

Pas de clapotage à jeun.

Poids : 60 kilogr. Taille : 1^m60.

Actuellement M^{me} Gr... suit le régime alimentaire commun, se livre aux travaux du ménage et coud toute la journée.

Obs. 13 (personnelle). — *Premiers troubles gastriques à l'âge de 18 ans. — Symptômes d'ulcération gastrique datant de 6 ans. — Hématémèses. — Diarrhée. — Etat actuel. — Crises violentes.*

M^{me} W... , 32 ans, infirmière.

Antécédents personnels. — Scarlatine à 3 ans, pneumonie à 11 ans, péritonite à 18 ans, pleurésie à l'âge de 25 ans.

Réglée à 11 ans et toujours irrégulièrement.

A plusieurs reprises a pris de la quinine à doses assez fortes et aussi du salicylate de soude.

Elle suivait, avant sa maladie d'estomac, le régime commun. Pas d'éthylisme.

Les premiers troubles gastriques ont apparu à l'âge de 18 ans, peu après la péritonite. Le traitement institué consistait en lavages d'estomac. Les médicaments prescrits étaient : le charbon, la craie, l'eau chloroformée et la teinture de noix vomique.

La maladie actuelle a débuté en 1903 par des hématémèses et des mélena. Soignée à Lariboisière, la malade a eu comme traitement l'opium sous différentes formes. Les crises douloureuses n'ont été vraiment intenses qu'à ce moment.

Depuis elle souffre moins, ses souffrances consistent surtout en une sensation de brûlure et de pesanteur.

La douleur apparaît brusquement après le repas, elle cesse deux ou trois heures après pour faire place à une simple gêne.

Pendant la crise la malade est obligée de s'asseoir et de se tenir abso-

lument courbée en deux. Les crises sont très espacées en général, deux par an, l'une au mois de mars, l'autre au mois de novembre. Dans l'intervalle, diarrhée. Quand la diarrhée s'installe la douleur cesse.

Ces deux crises annuelles durent chacune une période de 15 jours. Pendant ce temps la sensibilité du creux épigastrique est extrême. Toute pression, même celle des habits, n'est pas tolérée.

Les crises s'accompagnent de vomissements.

Ces vomissements soulagent presque immédiatement la malade, ils sont spontanés, faciles, surtout glaireux.

Pendant la crise la malade prend exclusivement du lait, des œufs, du bouillon dégraissé.

En dehors des crises les vomissements sont très rares.

Il y a en outre des régurgitations aqueuses, acides le matin.

Il n'y a pas de constipation habituelle, au contraire, la diarrhée est fréquente, les selles contiennent des glaires, des peaux et de petits caillots de sang.

La malade (taille : 1^m60), pèse 43 à 45 kilogr., 50 kilogr. avant la maladie actuelle.

Actuellement elle exerce sa profession d'infirmière, elle se plaint de manqué d'appétit. Elle suit ordinairement le régime commun.

Depuis quelques jours elle a dû s'aliter parce que les douleurs gastriques ont reparu avec une grande intensité.

Obs. 14 (personnelle). — *Premiers troubles gastriques à 25 ans. — Ulcus datant de 20 ans. — Début à 36 ans. — Médication bromurée. — Hématémèse unique. — Etat actuel assez altéré. — Dénutrition marquée.*

M^{me} Pauline P ..., âgée de 56 ans.

Antécédents héréditaires et collatéraux. — Mère cardiaque, morte paralysée. Père mort aliéné. Un frère mort de cirrhose éthylique. Un fils bien portant.

Antécédents personnels. — Réglée régulièrement de 17 ans à 48 ans. Rougeole et oreillons dans l'enfance.

A la suite d'un refroidissement, à 25 ans, la malade est prise d'une douleur épigastrique violente, apparaissant brusquement. Pas de vomissements.

Cette douleur dure cinq ou six heures, la malade la combat en prenant du vin chaud et en s'appliquant de l'avoine grillée sur la région épigastrique.

Trois jours après, la malade ne se sentant pas très bien, va consulter un médecin qui porte le diagnostic de tuberculose pulmonaire et lui ordonne le repos, l'huile de foie de morue. La malade suit son traitement pendant cinq à six mois. Se sentant rétablie, elle reprend ses occupations.

Sa santé reste bonne jusqu'à l'âge de 36 ans.

Début de la maladie. — En 1887, à l'âge de 36 ans, à la suite de contrariétés, la malade est prise de douleurs épigastriques. Cette douleur disparaît progressivement. Elle peut être comparée à une torsion ; elle s'irradie dans le dos et présente nettement le caractère de *transfixion*.

Aussitôt après le repas la malade éprouve une sensation de malaise ; une heure ou deux après apparaît la douleur qui persiste pendant deux heures et se calme par les vomissements. La malade ne souffre pas dans l'intervalle des repas.

L'état de la malade s'améliore pendant deux ans, puis la douleur réapparaît ; elle a les mêmes caractères que précédemment ; c'est un tiraillement avec irradiation *transfixiante*.

Les vomissements étaient plus rares, ils survenaient à la fin des crises et calmaient la douleur.

Elle suit le régime commun, la constipation est intense.

L'état de la malade reste satisfaisant jusqu'à la ménopause, en 1899.

En 1899 les douleurs gastriques et la constipation réapparaissent. La malade reste alitée six mois ; la douleur présente les mêmes caractères, elle survient après les repas et est calmée par les vomissements.

Un médecin la traite par correspondance pour une affection nerveuse de l'estomac. Il lui ordonne du *bromure de potassium* à doses tellement élevées que les pharmaciens ne veulent pas délivrer les doses prescrites. Comme régime elle prend des potages et des biscuits trempés dans du vin.

L'état de faiblesse de la malade est très marquée, mais les douleurs sont moins intenses et finissent par disparaître.

Depuis 1899 les symptômes réapparaissent tous les ans pendant deux ou trois mois (août septembre-octobre), sans cause apparente. Aussitôt après son repas la malade éprouve une sensation de pesanteur et une à deux heures après une *douleur transfixiante* calmée par les vomissements.

En *septembre* 1907, la douleur qui avait cessé, réapparaît et va en s'accroissant jusqu'en octobre ou elle présente son maximum. C'est une douleur perforante intense s'irradiant vers l'épaule gauche, s'accompagnant de vomissements alimentaires et bilieux.

Le 9 novembre 1907, dans la nuit, la malade a un vomissement de matières noires analogues à du marc de café. Le lendemain un lavement amène une débâcle de matières noires.

L'hématémèse ne s'est pas reproduite.

Le 10 novembre la malade entre à l'hôpital Lariboisière dans le service du D^r Hartmann, on la met au régime du lait de Képhir, des potages. Les douleurs se calment et les vomissements s'arrêtent. Elle reste à Lariboisière pendant quatre jours ; elle est envoyée par M. Hartmann dans le service de M. Parmentier.

Etat actuel. — Depuis que la malade est à la salle Maurice Raynaud, elle ne souffre pas et les vomissements ne se sont pas reproduits.

L'appétit est faible, la malade a été mise au régime du lait, des potages, des bouillies, des purées. Elle est toujours constipée.

Etat général. — Amaigrissement marqué. En quatre ans la malade a maigri de 14 kilogr.

A l'examen on trouve que l'estomac n'est pas sensible à la pression.

Sa limite inférieure est à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

L'examen du suc gastrique n'a pu être pratiqué par suite de l'opposition de la malade.

Résumé. — Gastropathie à type douloureux paroxystique, s'accompagnant de douleur perforante et de vomissements calmant la douleur, s'étant accompagnée d'une hématémèse, ayant déterminé une altération de l'état général et un amaigrissement marqué. Pas de sténose apparente.

Obs. 15 (Personnelle). — Ancien éthylique. — Ulcération gastrique datant de 4 ans. — Douleur transfixiante. — Hématémèses, vomissements. — Amélioration notable par le régime, mais dénutrition et amaigrissement.

M. V. Le..., 44 ans, cocher.

13 janvier 1906.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 71 ans. Mère morte d'un néoplasme gastrique à 51 ans.

Antécédents personnels. — Fièvre typhoïde à 12 ans. Rhumatisme articulaire aigu à l'âge de 15 ans.

A fait 5 ans de service militaire pendant lesquels il eût une bronchite qui dura 50 jours, depuis tousse tous les hivers.

Gros mangeur, mangeait lentement mais à des heures irrégulières.

Prenait trois litres de vin par jour et trois à quatre absinthes.

A des rêves professionnels et des crampes nocturnes.

La maladie actuelle a débuté il y a deux ans par des douleurs stomacales et des vomissements.

La douleur apparaissait 2 heures après chaque repas sous forme de brûlures et de crampes au creux épigastrique s'irradiant parfois vers l'épaule gauche et le rachis. Elle persistait jusqu'au repas suivant et se trouvait calmée par l'ingestion d'aliments.

Les vomissements sont des vomissements glaireux contenant du mucus et des parcelles alimentaires des aliments de la veille ou de l'avant veille. Ces vomissements qui se produisent à n'importe quel moment, presque tous les jours, ne calment que partiellement la douleur.

L'état général du malade à ce moment n'était nullement atteint, l'appétit était exagéré.

Ces derniers temps, la douleur est devenue de plus en plus intense. Presque continue, elle ne disparaît que pendant une heure après chaque repas, elle s'accompagne maintenant d'un point dorsal correspondant à la douleur épigastrique et donnant à la douleur nettement le caractère de *transfixion*.

Les vomissements ont gardé leurs caractères.

Deux ou trois hématomèses sont survenues dans le courant de septembre 1905. Le sang était noirâtre, sa quantité faible.

Il y a en outre des régurgitations acides aqueuses fréquentes.

La constipation habituelle et opiniâtre alterne avec des périodes de diarrhée et de coliques.

Au mois d'août dernier le malade a eu dans la même journée plusieurs selles noirâtres présentant les caractères de *mélæna*. Il a en outre remarqué quelquefois dans ses selles un peu de sang rouge rutilant attribuable à des hémorroïdes.

La palpation de la région épigastrique éveille une sensation douloureuse sans point localisé spécialement.

On constate du clapotage.

Le malade dit avoir maigri notablement depuis 6 mois sans pouvoir préciser.

Le poulx présente des caractères normaux.

Les urines sont normales.

Sous l'influence du régime lacté, les vomissements disparaissent peu à peu, la douleur s'atténue considérablement.

Obs. 16 (Personnelle). — *Ancienne éthylique. — Ulcus remontant à 2 ans et demie, monohémorragique.*

M^{re} B. V..., 43 ans, concierge.

Antécédents héréditaires. — Rien d'intéressant à signaler.

Antécédents personnels. — Réglée à 16 ans, et toujours régulièrement. Exerce successivement la profession de bonne, puis de cuisinière, pendant 12 ans.

Mariée en 1903, une enfant morte en bas âge, pas de fausses couches.

Elle suit le régime alimentaire commun, mais buvait jusqu'à deux litres de vin rouge par jour sans préjudice de quelques petits verres d'alcool de temps en temps.

Actuellement elle ne présente ni cauchemars, ni crampes, il existe un léger tremblement des doigts.

En 1906, apparaissent vers le mois de mars quelques malaises gastriques tantôt avant, tantôt après les repas.

Il s'agit d'une sensation très fugace de brûlure au creux épigastrique à laquelle la malade n'avait attaché aucune importance. Elle avait remarqué que depuis quatre jours ses selles étaient noires, abondantes, fréquentes.

En mars 1906, à son lever, elle est prise d'un étonnement, elle tombe et ne se relève que pour vomir à flots du sang rouge clair non spumeux.

La quantité totale peut être évaluée à un litre.

Un médecin appelé ordonne des boissons glacées, le repos, etc. L'hématémèse ne se reproduit plus.

Trois jours après la malade peut vaquer à ses occupations ordinaires, tout au plus se ressent-elle d'un peu de faiblesse pendant les huit jours suivants. Les règles n'ont pas été modifiées.

A partir de ce moment, la malade suit un régime composé de laitage et d'œufs. A aucun moment elle ne ressent la moindre douleur, ne présente le moindre vomissement ?

Le 28 avril la malade consulte un médecin qui l'envoie à l'hôpital Tenon, à M. Legueu pour juger de l'opportunité d'une intervention.

M. Legueu renvoie la malade à M. Parmentier.

Mai 1906. — La malade n'accuse aucune douleur au niveau de l'estomac. L'appétit est conservé et même un peu exagéré. Pas de constipation. La palpation ne décèle pas de points douloureux dans la région épigastrique, on ne constate aucun signe de dilatation stomacale.

Au cœur on entend un souffle systolique en jet de vapeur, siégeant à la pointe, se propageant vers l'aisselle. La malade accuse une légère dyspnée d'effort. Ce souffle avait déjà été constaté en 1896.

La malade n'a présenté à aucun moment de signes d'hyposystolie.

Le foie est normal, non douloureux.

Pas de signes de cirrhose ou de précirrhose.

L'examen du système nerveux révèle que la malade est émotive, elle s'émeut et pleure facilement, mais n'a jamais eu de véritables crises nerveuses.

Les réflexes rotuliens sont exagérés. Mais il n'existe aucun stigmate d'hystérie, le champ visuel n'est pas rétréci, le réflexe pharyngien est conservé.

Chimisme en mai 1906.

	A	H	H+C	C	T	F	$\frac{A-H}{C}$	$\frac{T}{F}$	Pept.	Résidu.
A jeun :										
Après										
une heure :	196	58	298	240	408	110	57	3.7	Moyenne.	0.775
Pas de liquide à jeun.										
Après une heure 115 cc. de liquide émulsionné.										

Obs. 17 (Personnelle). — *Ulcus remontant à 27 ans. — Multihémorragies, crises de plus en plus fréquentes. — Etat actuel mauvais. — dénutrition extrême.*

M^{me} R. . . , 57 ans, fleuriste.

Antécédents héréditaires inconnus. Pas de maladies infectieuses dans l'enfance. Régliée à 14 ans, ménopause à 46 ans. Onze enfants.

Les premiers troubles gastriques se produisent vers l'âge de 30 ans.

A cette époque, Mme B. . est surmenée par l'allaitement successif de plusieurs enfants.

Les premiers malaises ressentis consistent en tiraillements, crampes d'estomac revenant presque tous les jours, les digestions étaient lentes, pénibles, la constipation habituelle.

La malade qui jusqu'alors avait eu un appétit normal, le voit s'exagérer. Il survient même de *véritables fringales* la forçant à *se lever la nuit pour manger*, dit-elle.

M^{me} R. . . dit aussi avoir remarqué à peu près tous les 15 jours sans coïncidence avec les règles *des selles noires*. Cela la préoccupait, mais elle ne consulta aucun médecin, ne suivit aucun régime. Elle continue de se livrer à ses occupations tout en se plaignant de faiblesse générale, de vertiges, d'éblouissements.

Ces symptômes persistent sans modification jusqu'à l'âge de 32 ou 33 ans.

A cette époque apparurent à plusieurs reprises des *hématémèses*, vomissements de petits caillots de sang noir, à peu près la valeur d'un demi verre chaque fois.

Souvent au moment des règles, vomissements alimentaires spontanés sans douleur.

Peu à peu tous ces symptômes disparaissent, et de 33 à 40 ans, M^{me} R. . . est en excellente santé.

Son régime est celui de tout le monde, les fringales, le *melæna*, les hématomèses ont cessé.

A l'âge de 46 ans, après la ménopause, première crise gastrique douloureuse. Ces douleurs se produisent aussitôt après le repas, ont un siège épigastrique, s'irradient vers le cou, les seins, ne sont pas transfixiantes.

La crise s'accompagne d'étourdissements et d'un vomissement peu abondant de sang rouge.

Tout rentre dans l'ordre au bout de deux jours, mais quelques mois après, un matin au lever, la malade vomit le sang à pleine cuvette et tombe en syncope.

Transportée à l'hôpital Tenon, elle y reste quatre mois au régime lacté et sort très améliorée de l'hôpital.

Elle suit un régime composé de potages, de lait, d'œufs, et s'abstient soigneusement de manger de la viande qui provoque la douleur.

La malade est devenue très maigre (poids ?) elle continue cependant de travailler.

Pendant les deux années suivantes, de 46 à 48 ans, surviennent quelques crises gastriques espacées ; l'une d'elles, suivie d'une hématomèse abondante, nécessite un nouveau séjour à l'hôpital Tenon.

On décide d'intervenir chirurgicalement, la malade s'y refuse et rentre chez elle, améliorée après un mois de traitement.

Depuis lors, les crises s'espacent, reviennent seulement tous les deux ou trois mois, la malade suit strictement son régime.

Il y a un an, en 1906, grande hématomèse suivie de syncope.

Depuis 1901, crises plus fréquentes, au moins hebdomadaires, elles sont provoquées par le moindre écart de régime, la moindre fatigue.

Elles présentent toujours le même caractère, lancinantes, les douleurs croissent progressivement jusqu'à un acmé.

La malade se tient courbée en deux pendant les crises, mais aucune position ne la soulage.

Pour atténuer ses souffrances, elle fait usage d'eau de mélisse et aussi de bicarbonate de soude dont elle prend 4 cuillerées à café par jour.

Actuellement, 29 janvier 1908. — Nous trouvons une femme amaigrie (42 k.), présentant une anémie marquée caractérisée, par de la pâleur du visage et de la décoloration des muqueuses.

Elle présente un souffle anémique de la jugulaire.

La région épigastrique est douloureuse même en dehors des crises.

La limite inférieure de l'estomac est à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

La pression actuelle est de 15 cc. Hg.

Depuis quelques jours, des étourdissements font craindre à la malade une nouvelle crise.

Réaction de Weber positive.

Cette malade refuse de se laisser opérer, et aussi de laisser pratiquer l'examen du suc gastrique.

Obs. 18 (Personnelle). — *Ulcus tardif à forme monohémorragique.* — Début à 59 ans. — Hématémèse à la suite d'un purgatif. — Ulcus remontant à 19 ans.

M. A..., 77 ans, charretier.

Les antécédents héréditaires n'offrent rien d'intéressant à signaler.

On relève dans les antécédents personnels une fièvre typhoïde à l'âge de 22 ans. Le malade ne prit pas de quinine à cette occasion.

Pendant une quinzaine d'années, étant sous-officier, M. A... contracte des habitudes d'éthylisme. Cependant, après avoir quitté le régiment, il reprend des habitudes de tempérance et jouit d'une bonne santé jusqu'en 1891.

Vers 1890, nouveaux excès de boisson, plusieurs absinthes par jour. Après 2 ou 3 ans, commencement des troubles gastriques. Ils consistaient d'abord en digestions laborieuses, ballonnement, mais bientôt les repas sont suivis de douleurs très vives : « comme si l'on me traversait l'estomac avec une vrille, dit le malade ». Ces douleurs, d'abord sourdes, s'exaltaient jusqu'au paroxysme, « c'était à crier, à se rouler par terre ».

Elles commençaient 1 heure, 1 heure 1/2 après les repas, cessaient progressivement après avoir duré 3 ou 4 heures.

Pendant les crises, le malade se tenait au lit, courbé en deux, les cuisses fléchies sur le bassin.

Pour atténuer ses souffrances, il faisait usage d'applications chaudes (fer à repasser chauffé).

A l'époque où elles débutèrent, ces crises étaient presque quotidiennes, survenant d'ordinaire après le repas de midi. Elles étaient provoquées surtout par l'ingestion de pain ou de viande.

Enfin, pendant les crises, il y avait une véritable hyperesthésie de la région épigastrique.

Après plusieurs mois de crises alternant avec des accalmies, le malade se décide à entrer à l'hôpital Lariboisière, où il séjourne environ 1 mois.

Il en sort très amélioré. Les crises n'ont pas cessé, elles reviennent tous les 3 ou 4 jours, tantôt faibles, tantôt violentes.

La modicité de ses ressources, prétend le malade, l'empêche de suivre aucun régime, mais non de commettre quelques excès de boisson.

Il y a quatre ans, au début de 1905, plusieurs crises se succèdent très violentes, accompagnées comme à l'ordinaire de constipation opiniâtre. Un matin, à 9 heures, après avoir pris à son lever 30 grammes d'huile de ricin, le malade vomit le sang à flots. Il s'agissait de sang non coagulé

que l'entourage du malade évalue à environ un litre ? Le lendemain et le surlendemain, mélena. Transporté à Tenon, il en sort après 5 ou 6 semaines, très affaibli, et entre à l'hospice de Nanterre. Il reste 18 mois, suit le régime commun et ne ressent aucun malaise gastrique.

Sorti de Nanterre, il reprend son métier de charretier balayeur et travaille régulièrement.

Bientôt les crises reparaissent, présentant toujours les mêmes caractères, sans vomissements ni hématémèses.

Depuis 3 ans, M. A... revient tous les ans à Tenon au mois d'août-septembre, époque où ses douleurs se montrent les plus vives, sans cause occasionnelle apparente.

Actuellement février 1909, donne l'impression d'un vieillard en bonne santé.

L'estomac n'est pas sensible à la pression, ne clapote pas ; sa limite inférieure est à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Poids actuel, 50 kgs. En 1905, 48 kgs.

Pouls, 64.

Pression, 18 c. Hg.

Obs. 19 (Personnelle). — Début à l'âge de 12 ans.

M. B., employé de commerce, 38 ans.

Antécédents personnels. — Pas de maladie infectieuse dans l'enfance.

Le malade se souvient très nettement d'avoir ressenti à l'âge de 12 ans des douleurs gastriques qu'il compare à des brûlures violentes. A leur paroxysme, ces douleurs l'obligeaient à se rouler à terre. Il pouvait cependant aller régulièrement à l'école.

A 18 ans, il contracte la syphilis et suit pendant un an le *traitement ioduré*.

M. B... a toujours été sobre, n'a même jamais bu ni alcool ni vin de toute sa vie.

Il a toujours eu un appétit des plus médiocres.

A 32 ou 33 ans, ses digestions deviennent lentes, laborieuses. Après les repas, il est obligé de déboutonner ses vêtements.

Depuis cette même époque, *fringales*. Le malade était obligé de se lever la nuit, vers minuit une heure du matin, pour manger.

A 35 ans, sans cause occasionnelle apparente, M. B... est pris de *vertiges*, il se sent très faible. Cet état dure plusieurs semaines, quand un jour, en rentrant chez lui à midi, il tombe en syncope.

Revenu à lui après quelques instants, il peut déjeuner et, le soir, va consulter un médecin qui lui prescrit quelques toniques. Le lendemain, le malade ne peut se lever à cause de sa faiblesse qui s'est accrue depuis

la veille ; néanmoins, il mange, car son appétit est plus grand que les jours précédents. Dans la nuit, violentes douleurs abdominales suivies de *melæna* abondant.

On le transporte d'urgence à Lariboisière où il reste 20 jours ; on le traite pour ulcère de l'estomac. Il sort très amélioré, mais encore très faible.

Le malade n'a pas modifié son régime alimentaire, il mange de la viande ; son appétit est toujours exagéré.

Il faut remarquer que, jusqu'ici, le malade n'a pas présenté de crises douloureuses.

C'est seulement pendant sa convalescence qu'elles apparaissent, mais elles ne deviennent violentes qu'environ une année plus tard.

Elles débütent en général très tardivement, vers minuit, siègent au creux épigastrique, obligent le malade à se tenir *plié en deux* et nécessitent l'emploi habituel de la morphine.

En juillet 1908, les crises devenant de plus en plus fréquentes, le malade est envoyé par le docteur Lyon à Vichy. Les crises cessent complètement et, après 3 semaines de cure (source Chomel), le malade s'en va en apparence complètement guéri.

Le lendemain de son arrivée, 48 heures après avoir quitté Vichy, il se produit une deuxième syncope identique à la première et suivie de *melæna*. Il reste 3 mois au lit.

Actuellement le malade se plaint de régurgitations aqueuses acides très fréquentes, de ballonnement et de pesanteur après les repas.

Il ne suit aucun régime, mange un peu de tout, il s'est fatigué du régime des pâtes et des purées. Il travaille toute la journée.

Obs. 20 (Personnelle).

M. L..., 51 ans.

Antécédents personnels. — *Fèvre typhoïde* à 21 ans. Depuis l'âge de 19 ans jusqu'à l'âge de 31 ans, habitudes d'éthylisme.

Il y a 6 ans, à 45 ans, apparaissent les premiers maux gastriques. Ils consistent en ballonnement, somnolence après les repas et s'accompagnaient de quelques douleurs au creux épigastrique comparées par le malade à des piqûres d'aiguille.

Parfois le malade présente des *vomissements* alimentaires à intervalles irréguliers.

Ces vomissements soulageaient le malade

La douleur était uniquement épigastrique, sans douleur dorsale

simultanée; il y avait cependant irradiation de la douleur vers l'hypo-chondre gauche.

La douleur atteignait progressivement son maximum, obligeant le malade à se tenir courbé en deux. Parfois il était obligé de quitter son travail et de s'aliter. Il ne pouvait pas rester dans le décubitus latéral gauche.

Pendant la crise, la sensibilité de la région épigastrique était très vive, le malade ne pouvait pas boutonner ses vêtements.

En août 1902, 2 ou 3 mois après les premiers symptômes, avant le déjeuner de midi, hématomèse abondante, sang rouge rutilant. L'hématémèse n'est pas suivie de syncope.

Le malade entre d'urgence dans le service de M. Mathieu, à l'hôpital Andral où il reste 7 mois. Il sort de l'hôpital très amélioré et ne suit le régime commun qu'avec beaucoup d'appréhension.

Ces craintes étaient justifiées. Peu après, les crises reparaissent, notamment une crise violente après avoir mangé des cerises; douleur très vive, vomissement alimentaire, hyperesthésie marquée de la région épigastrique et ombilicale.

Mais les crises cèdent au régime lacté suivi pendant 1 mois et de 1903 à 1908, M. L... affirme n'avoir eu aucune crise. Il suivait à peu près le régime commun.

En 1908, vers février-mars, sans cause occasionnelle, 2 heures après les repas, le malade accuse une sensation de brûlure vive au creux épigastrique, ne s'accompagnant pas de douleur rachidienne, mais d'irradiations dans les épaules.

Les crises se présentaient surtout après le repas du soir.

La douleur se calmait par des applications chaudes. Pour tout traitement, le malade a fait usage de craie préparée, ce qui le soulageait assez bien.

Les crises s'espacent et l'année 1908 est assez bonne. Il y a à signaler des fringales fréquentes, le malade ne parvient pas à se rassasier, mais, malgré son appétit exagéré, il a peur de manger.

Les crises ont fait de nouveau leur apparition en janvier 1909, présentant toujours le même caractère, survenant après le repas du soir et empêchant le malade de dormir.

Le malade, que nous avons vu en mars 1909, est assez amaigri, n'est pas anémié. Il présente de la cyanose des extrémités.

L'examen local indique la limite inférieure de l'estomac à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Pas de clapotage.

On constate à la pression légère une sensibilité assez marquée, localisée à un point situé sur la ligne médiane, à trois travers de doigt au-dessous de l'appendice xyphoïde.

L'examen des autres organes et appareils ne révèle rien d'anormal.

Pas de signes de cirrhose ou de précirrhose.

Le malade ne travaille plus depuis le mois de janvier à cause de ses crises douloureuses et de sa faiblesse. Souffre au moindre écart de régime.

Poids actuel, 60 kgs ; taille (1 m. 72).

Obs. 21 (Personnelle).

M^{me} H. . . , ménagère, 62 ans.

A l'âge de 8 ou 9 ans, *apparition de vomissements noirs comme du charbon*, dit la malade. Ces vomissements survenaient tous les 3 ou 4 jours sans douleur gastrique.

Les vomissements disparaissent à l'âge de 10 ans.

Malgré cet état qui dure de 8 à 10 ans, elle put aller à l'école régulièrement. Elle reste faible, mélancolique et aménique jusqu'à l'âge de 13 ans. Sa santé s'améliore peu à peu, à l'âge de 15 ans, elle est tout à fait bien portante. Cependant elle n'est réglée qu'à 18 ans. Les règles ont été normales jusqu'à l'âge de 42 ans où elles ont cessé.

Mariée à 20 ans, M^{me} H. . . a eu deux enfants bien portants.

Premiers troubles gastriques. A 20 ans, au *cours du troisième mois de la première grossesse*, 3 ou 4 heures après les repas, sensation de pesanteur gastrique, durant à peu près une heure. Ces malaises se répètent et s'aggravent.

Cependant le régime que suivait la malade était le régime commun, son appétit était normal, non exagéré, elle ne buvait que du lait. A cette époque, se montrent après les repas des *régurgitations aqueuses acides*.

De 20 à 30 ans, malgré la gravité croissante de ces troubles gastriques qui se prolongent la nuit, empêchant souvent la malade de dormir, aucun médecin n'est consulté, aucun régime suivi et M^{me} H. . . continue de travailler régulièrement.

Elle maigrit beaucoup ! La constipation habituelle s'installe.

A 30 ans, un matin au lit, sensation d'étouffement suivie immédiatement d'une *hématemèse abondante* et de syncope. Il y avait aussi une *fièvre intense*, dit la malade.

2 jours plus tard, menstruation régulière. Après 8 jours de repos la malade reprend son travail.

De 31 à 36 ans, santé excellente.

Vers 36 ans, reparaissent les anciens malaises gastriques.

A cette époque, ils sont caractérisés par des tiraillements douloureux *simultanés épigastriques et rachidiens*, les douleurs sont presque permanentes nuit et jour.

Elles sont beaucoup plus accentuées qu'à l'âge de 30 ans. Pendant les crises, la malade est obligée de s'aliter et de rester pliée en deux pour comprimer son abdomen. En outre, il y a de l'hyperesthésie de la région épigastrique.

A 42 ans, ménopause.

Après la ménopause, M^{me} H... se porte bien pendant 18 mois, les crises disparaissent à peu près. Mais à 44 ans, nouvelles crises, la malade n'ose plus manger à cause de la douleur provoquée par les aliments.

Elle ne prend que du lait qui est assez mal toléré et souvent rejeté immédiatement, cet état d'intolérance gastrique dure 3 mois.

La malade maigrit de plus en plus et cesse son travail.

A la suite d'un traitement empirique, amélioration rapide, elle reprend son travail.

Cependant le soulagement n'est que momentané et jusqu'à l'âge de 60 ans, il y a seulement 2 ou 3 jours d'intervalle entre les crises.

La malade suit le régime alimentaire commun, ne boit que du lait et peut travailler.

A 60 ans, elle vient se fixer à Paris, les crises cessent immédiatement. A la constipation habituelle succède la diarrhée. Pendant plusieurs mois 4 à 5 selles liquides par jour.

Depuis mai 1908, nouvelles crises douloureuses sans vomissements alimentaires. L'intensité et la fréquence des crises sont de plus en plus grandes.

Actuellement, malade anémiée présentant de la décoloration des muqueuses, pas de souffles vasculaires.

Amaigrissement notable (51 kilos), crises douloureuses fréquentes (tous les 2 ou 3 jours).

Capacité de travail. — Travaille toute la journée à des travaux de couture.

Capacité digestive. — Ne prend que du lait (à peine un litre par jour et des purées, 2 par jour).

L'examen des autres appareils ne décele rien d'anormal.

Obs. 22 (Personnelle) — *Ulcus remontant à 2 ans, ne s'accompagnant ni d'hématémèses ni de méléna. — Pas de vomissements.*

M^{me} C. ., 31 ans.

Antécédents personnels. — Réglée régulièrement depuis l'âge de 11 ans, ictere à 18 ans.

Avant la maladie actuelle, suivait le régime alimentaire commun. *Pas de fringales.*

Les douleurs gastriques ont débuté, il y 4 ans, à la suite de privations.

Les crises douloureuses ont commencé en 1907. La douleur apparaît tardivement 4 heures après les repas, elle siège au creux épigastrique sous la forme de *brûlures*, de *tiraillements*. La douleur est nettement *transfixiante* et se propage dans le dos.

La position favorite de la malade est le décubitus dorsal qui atténue la douleur. Les crises sont quotidiennes, se montrent surtout après le repas de *midi*, durent environ 3 heures.

Pendant les crises la pression sur le creux épigastrique atténue les souffrances et dans l'intervalle la malade ne peut rien supporter et a dû supprimer le port du corset.

Les crises d'abord rares au début de la maladie se sont rapprochées et en 1909 elles deviennent quotidiennes.

Pendant les crises, anorexie absolue.

On note l'existence de *régurgitations acides*. Il n'y a jamais eu ni hématemèses, ni *melæna*, souvent des vertiges succèdent aux crises.

Constipation habituelle et présence de membranes glaireuses dans les selles.

Taille : 1^m69, poids : 53 kilogs, stationnaire.

La malade a dû quitter son métier de brodeuse à cause de ses crises, elle doit se borner à faire son ménage et se couche fréquemment dans la journée.

Régime suivi ?

Obs. 23 Personnelle). — *Ulcus remontant à 20 ans. — Douleurs tardives. — Spasme pylorique.*

M. P..., âgé de 44 ans, employé de bureau.

Pas d'antécédents personnels intéressants.

Pas d'éthylisme, on ne note pas de fringales. Les symptômes gastriques ont apparu à l'âge de 25 à 26 ans.

Les crises douloureuses se présentent 4 heures après le repas de *midi*, provoquées surtout par l'ingestion du pain et de la viande. La douleur siège au creux épigastrique, procure au malade une sensation de gêne, de plénitude et de brûlure, la douleur *s'irradie dans le dos*, les deux douleurs dorsales et épigastriques étant simultanées.

La douleur apparaît et disparaît progressivement, présentant plusieurs acmé.

C'est à intervalles irrégulièrement espacés que se produisent les crises, elles reviennent par périodes de 10 à 15 jours.

Pendant la crise, la pression n'éveille pas de douleur. Les crises, sans se multiplier, sont devenues plus intenses.

Le malade suit un régime composé de bouillie, pâtes, purées, œufs, il n'a pas grand appétit et *restreint d'ailleurs son alimentation pour ne pas souffrir*.

Au moment de la crise, il a des *régurgitations aqueuses acides*.

Il se plaint d'éruptions gazeuses, de ballonnement abdominal après les repas, l'obligeant parfois à desserrer ses vêtements.

Clapotage gastrique à jeun.

Taille : 1^m63, poids : 68 kilos.

Les crises n'ont pas affecté l'état général du malade qui peut travailler régulièrement.

Obs. 24 (dûe à l'obligeance de M. FAU, externe du service). --

Hémorrhagies occultes. — Réaction de Weber positive.

M^{me} B..., A., ménagère, ancienne porteuse de pain, vient à la consultation de M. Parmentier pour des douleurs abdominales et de l'anémie.

Antécédents. — Réglée à 15 ans.

Pas de chlorose dans l'enfance. Règles toujours très régulières. Une grossesse il y a douze ans. Suites de couches normales. Pas de fausses couches. Pas de syphilis.

Maladie actuelle. — Il y a 14 ans, à l'âge de 22 ans, la malade a commencé à souffrir de l'estomac. Les douleurs étaient assez légères, survenant le matin à jeun, vers 10 heures, l'après-midi vers 4 heures. Malgré ces malaises la malade pouvait continuer à exercer le métier de porteuse de pain, mais les douleurs ne cessaient jamais complètement.

A ce moment les symptômes gastriques étaient frustes. Elle souffrait dans la région épigastrique mais n'avait pas de douleur transfixiante ; elle ne se courbait pas en deux au moment de ses crises qui ne présentaient pas une intensité très marquée. Elle n'avait pas de régurgitations aqueuses ni alimentaires.

Mais depuis 18 mois ces douleurs sont devenues beaucoup plus aiguës, ces douleurs sont survenues par crises.

La crise débute presque toujours dans l'après-midi vers 3 ou 4 heures.

La malade ressent au creux épigastrique une douleur intense qui se propage vers la base du cou. Parfois elle se localise dans le dos entre la X^e et la XII^e vertèbre dorsale.

Plus rarement elle débute dans le flanc droit mais jamais elle ne s'irradie vers l'épaule.

Au moment de la crise, la malade s'allonge, se couche, se débat jusqu'à ce que la crise ait disparu.

Au début de la crise la malade a de petits frissonnements répétés mais sans claquement de dents, sans élévation de température.

Au moment des premières crises la malade dit avoir eu des vomissements bilieux abondants.

Les crises duraient au début plusieurs heures; à l'heure actuelle elles sont enrayées par des piqûres de morphine et ne durent qu'une heure environ.

Ces crises sont survenues 12 fois, de septembre 1908 à février 1909. Deux ou trois crises se succèdent dans un intervalle de deux ou trois jours puis la malade a un répit de deux ou trois semaines pendant lequel elle se sent complètement guérie.

A la suite de ces crises jamais la malade n'a eu d'ictère, de décoloration des selles, jamais de coloration foncée des urines, jamais de méléna.

Depuis trois ou quatre ans la malade présente une anémie assez accentuée. Sa pâleur a présenté des degrés variables. Très pâle pendant ses crises, la malade se recolorait un peu dans l'intervalle.

Elle maigrit également pendant les crises et reprend un peu de poids dans l'intervalle.

C'est ainsi qu'en septembre 1908 la malade pesait 55 kilogr., en février 1909 42 kilogr., à l'heure actuelle 49 kilogr.

Alimentation. — Au moment des crises la malade s'alimentait très peu, à peine un litre de lait coupé d'eau de Vichy, un peu de vin de Champagne.

Dans l'intervalle des crises la malade peut manger de la viande, du pain sans en souffrir.

Depuis deux ans la malade ne travaille plus, elle n'est pas particulièrement nerveuse et impressionnable. Elle n'a pas eu de soucis ces dernières années.

Examen physique. — Inspection : Anémie notable.

L'auscultation des vaisseaux du cou révèle un souffle continu avec renforcement systolique.

La tension artérielle est faible : 12 cc. Hg.

Palpation. — La peau de l'abdomen et des membres inférieurs existe de beaucoup les masses musculaires qu'elle recouvre.

L'estomac n'est pas dilaté.

Sa limite inférieure est à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Le foie n'est pas augmenté de volume, ni douloureux.

Le rein droit est très abaissé, 3^e degré de ptose.

Le réflexe rotulien est aboli à droite, diminué à gauche, réflexe pupillaire conservé.

La malade n'a jamais eu de douleurs en ceinture. Jamais de douleurs fulgurantes. Jamais de diplopie. *Réaction de Weber positive.*

Chimisme, 18 février 1909.

A jeun :	A	H	47	A-H	1,11
	C		0	C	1,2
	H+C		42	$\frac{T}{F}$	1,2
1 h. ap. le rep. d'épreuve :	T		224		
	F		182	A	1,230
Pept. Nulles. Pas de liq. 90^{cent} liq.					

En présence d'une maladie présentant de tels symptômes on songe à trois affections possibles : néoplasme gastrique, lithiasé biliaire, ulcère simple de l'estomac.

On écarte rapidement le diagnostic de néoplasme, étant donné la longue évolution de la maladie, le bien-être de la malade entre les crises, les variations de poids diminuant au moment des crises, augmentant dans l'intervalle.

Le chimisme indique une dyspepsie presque complète, mais ici il ne doit pas faire pencher le diagnostic en faveur du néoplasme ; il indique seulement un mauvais état général déterminé par une affection ancienne, une digestion pénible et prolongée, une évacuation lente, en un mot il traduit un certain degré de *gastrite atrophique*.

En faveur de la lithiasé biliaire il y a : les accalmies presque complètes entre les crises, la reprise d'une alimentation mixte dans cet intervalle.

Contre la lithiasé il y a :

L'absence d'ictère après les crises ;

L'absence de coloration foncée des urines ;

L'absence de décoloration des matières fécales ;

L'absence de la propagation de la douleur vers l'épaule droite ;

L'absence de point douloureux cystique.

La malade a des frissons mais ce sont plutôt de petits frissonnements.

Pas de poussée de température.

En faveur de l'ulcère simple il y a l'anémie persistante, les petites hématuries qu'elle a eues au cours d'une de ses crises, la douleur interscapulaire, les variations de poids (les fringales), la douleur tardive, la sensation au moment de ses crises que la douleur est augmentée par l'ingestion des aliments, l'évolution très longue, les crises suivies de rémission.

On arrive ainsi au diagnostic suivant :

Anémie du 2^e degré, symptomatique de crises d'intolérance gastrique consécutive à un ulcère dont l'apparition remonte à 14 ans, ulcère ayant déterminé des douleurs continuelles peu vives au début, très marquées à l'heure actuelle et survenant par crises depuis 14 mois.

Obs. 25 (Personnelle).

M. B. M..., cordonnier, 55 ans.

Père mort à 48 ans d'hémorragie cérébrale.

Mère morte à 48 ans, accidentellement ; 3 frères morts, de 35 à 40 ans, d'hémorragie cérébrale ; 1 sœur bien portante.

Antécédents personnels. — Pas de maladies infectieuses dans l'enfance ; *choléra* à l'âge de 12 ans.

A l'âge de 21 ans, fait son service militaire en Afrique où il contracte une *fièvre typhoïde* traitée par la *quinine* en potion.

Presqu'en même temps apparaissent des accès graves de fièvre intermittente paludéenne. Ces accès nécessitent 8 séjours à l'hôpital (traitement : *quinine* en potion).

Notons en passant qu'au cours d'une épidémie de scorbut, M. B. M... perdit presque toutes ses dents (alimentation exclusive par le lard salé dans un poste du Sud-Algérien).

Revenu en France en 1877, il éprouve encore de temps en temps des accès de fièvre qu'il traite par des cachets de *quinine*. Les accès s'espacent et disparaissent totalement à partir de 1883.

A 38 ans, seconde fièvre typhoïde. La fièvre revêt le caractère intermittent ?

Depuis cette époque, le malade est sujet à des alternatives de diarrhée et de constipation se succédant par périodes de 3 ou 4 jours. Les selles liquides sont au nombre de 8, 10, 12 par jour.

Le malade affirme avoir toujours été sobre, boit moins d'un litre de vin rouge, pas d'appétitifs, a toujours eu un bon appétit régulier.

En 1894, sans cause occasionnelle apparente, à jeun, à 8 heures du soir, M. B... est pris d'une *douleur abdominale* extrêmement vive siégeant à l'hypogastre sur la ligne médiane (sensation de *barre*). La douleur est suivie d'un vomissement spontané et de syncope prolongée. Un médecin appelé porte le diagnostic de coliques hépatiques.

Le même accident se reproduit dans les mêmes conditions en 1900. Douleur identique, syncope prolongée, pas de vomissement. Le lendemain, un médecin aurait constaté des selles noires.

A aucun moment, il n'y a eu de point douloureux cystique, de douleur dans l'épaule droite, d'ictère, de subictère ou de décoloration des selles.

Dans l'intervalle de ces deux accidents, aucun symptôme gastrique.

Cependant, depuis l'âge de 38 ans, ont apparu des régurgitations aqueuses acides ayant le goût de l'encre ou de fruits verts, dit le malade. Ces régurgitations apparaissent le matin au lever et aussi avant les repas. Elles sont rares, ne revenant que 2 ou 3 fois par jour.

De 1904 à 1908 parfait état de santé. Mais la région épigastrique est sensible, le malade redoute le moindre heurt, la moindre secousse.

Les premiers symptômes gastriques remontent à mars 1908.

2 ou 3 heures après les repas, sensation de pesanteur, d'étouffement, localisée sous le sein gauche.

Le malade continue de suivre le régime commun.

Au mois d'août 1908 apparaissent, 1 heure 1/2 après les repas, des crampes, des tiraillements épigastriques, une sensation de faim. L'ingestion d'aliments *soulageait* pour quelques instants le malade.

A cette époque, les malaises gastriques, presque quotidiens, suivent seulement le repas de midi ; la douleur commence vers 2 heures et cesse vers 5 heures du soir.

La douleur atteint progressivement son acmé et disparaît parfois brusquement, parfois progressivement.

La douleur siège au creux épigastrique, sous l'appendice xyphoïde. Pendant le paroxysme, le malade est obligé de se tenir courbé en deux, il a quelquefois la sensation d'une forte pression entre les deux épaules.

Ces crises douloureuses amènent le malade à modifier son régime alimentaire. Il remplace le vin, dont il faisait d'ailleurs un usage modéré, par du lait et bénéficie pendant quelques jours d'une accalmie complète.

Au mois de septembre 1908, les crises reparaissent avec violence, elles deviennent quotidiennes. Chacun des repas est suivi à 1 heure 1/2 d'intervalle d'une douleur au creux épigastrique s'irradiant vers l'hypocondre gauche. Simultanément, apparaît une *douleur dorsale* plus vive que la douleur épigastrique.

La région épigastrique n'était pas sensible à la pression, même pendant la crise.

Au contraire, le malade ne pouvait se coucher que les épaules appuyées sur plusieurs oreillers, le dos portant à faux. Sa position favorite était *l'extension* du tronc.

A aucun moment de la maladie actuelle, il n'y a eu de vomissement alimentaire spontané, sauf lors de la première syncope. Cependant, à plusieurs reprises, le malade a essayé de provoquer le vomissement.

Il n'a jamais présenté d'hématémèse.

Il a peu à peu modifié son régime alimentaire, évitant les viandes rôties, cause de douleurs intenses. Il mange surtout des purées, des légumes ; pendant les crises, ne prend que du lait.

Il a conservé un appétit assez régulier sans avoir de fringales.

Pour calmer ses souffrances, il a fait inutilement usage de cachets de craie préparée.

Les crises sont devenues progressivement plus longues durant 7 à 8 h. Les nuits sont agitées, il dort peu.

Enfin, en février 1909, pendant une crise plus violente, il quitte brusquement son travail pour venir à l'hôpital Tenon. Le repos, le régime et les pansements bismuthés l'ont amélioré considérablement.

Nous examinons le malade en mars 1909.

Le malade est pâle, sans être anémié, il est inquiet et préoccupé de son état.

Pression artérielle. 18 c. Hg. Pouls, 72. Artères dures, temporales, sinueuses, arc sénile peu accentué.

L'examen local montre que l'estomac ne descend pas à plus de 2 travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

La région épigastrique et l'abdomen ne présentent pas de sensibilité douloureuse à la pression.

Pas de clapotage, pas de résistance de la paroi, pas de ganglions sus-claviculaires.

On trouve, très nettement localisé au niveau du flanc gauche de la 9^e vertèbre dorsale, le point douloureux dont fait mention le malade.

En résumé, il s'agit d'une dyspepsie s'étant manifestée par des crises douloureuses suivant les repas à 1 heure 1/2 d'intervalle caractérisées par une douleur épigastrique et une douleur dorsale simultanées, accompagnées de *réurgitations* acides. Douleur influencée par le régime alimentaire s'accompagnant d'amaigrissement et de dénutrition.

Au point de vue fonctionnel, aepsie marquée traduisant un degré notable de gastrite atrophique.

On peut se demander si les deux syncopes précédées de douleurs abdominales n'étaient pas liées à des hémorragies, soit gastriques, soit intestinales, vu la présence constatée de selles noires ?

Quel est le siège de l'ulcère ? On peut se demander s'il ne s'agit pas plutôt d'un ulcère duodénal que d'un ulcère gastrique.

En faveur de l'ulcère duodénal, on peut noter le chimisme, les douleurs abdominales, les alternatives de constipation et de diarrhée, l'absence de vomissements alimentaires.

En faveur de l'ulcère gastrique on trouve :

Les douleurs épigastriques et dorsales simultanées ;

Les *réurgitations* acides ;

Le siège élevé de la douleur dorsale ;

La position que prend le malade ;

L'irradiation de la douleur vers l'hypochondre gauche.

Diagnostic. — Il s'agit d'un ulcère gastrique en évolution, datant de 14 à 15 ans, s'étant accompagné peut-être d'hémorragie à deux reprises et de périgastrite au point de vue anatomique, de gastrite atrophique se traduisant par une aepsie marquée.

Pronostic. — Bon *proquad vitam*, crises cédant rapidement au régime

approprié, mais aggravées dans le cas particulier par la profession du malade, qui est cordonnier.

Nous avons revu le malade en mai 1909, il a dû quitter son métier; les crises se sont espacées, il suit son régime exactement.

Obs. 26. (Service de M. PARMENTIER). — *Hémorragies récidivantes. — Ulcus récent.*

M^{me} G. E..., 33 ans, gérante d'hôtel.

La malade, âgée de 33 ans, entre à l'hôpital pour des hématomésés et du melæna survenus à différentes reprises depuis huit jours et qui ont amené une anémie intense.

Les antécédents héréditaires sont peu importants. Mère vivante, 77 ans, père mort à 74. Dix frères et sœurs, quatre morts en bas âge, sept vivants, un frère est « très faible de la poitrine » et a eu des hémoptysies, deux autres ont de fréquentes crampes d'estomac.

Parmi les antécédents personnels de M^{me} G..., on relève la variole qu'elle aurait eu il y a environ 10 ans, au cours d'une grossesse dont l'évolution ne fut d'ailleurs pas troublée. Régliée à 13 ans, et depuis régulièrement, elle eut une seule grossesse normale.

Elle n'a jamais présenté de troubles nerveux et l'on ne relève pas de tares du système nerveux dans ses antécédents familiaux.

Pas d'éthylisme non plus.

Depuis environ un an, la malade se plaint de troubles de la digestion. Ces troubles consistaient surtout en douleurs survenant ordinairement trois heures après le repas environ et duraient une, deux ou trois heures, souvent calmées par l'ingestion d'une petite quantité d'aliments. Elles siégeaient à l'épigastre et à l'hypochondre gauche, s'irradient vers l'hypochondre droit. Mais la douleur n'a jamais revêtu le caractère de la douleur aiguë en broche. Il s'agissait de tiraillements, de pesanteurs, « de crampes d'estomac ».

L'appétit était conservé, plutôt exagéré, avec des fringales fréquentes. L'état général était très bon, la malade avait même vu augmenter son poids de 12 k. 500 en un an (oct. 1902, oct. 1903).

Depuis environ trois mois, les douleurs étaient revenues plus fréquentes, survenant presque tous les jours par période d'une semaine, puis se calmant. 2 ou trois fois il y eût des vomissements alimentaires.

Vers le 15 octobre, subitement, la malade devint pâle, les traits tirés, fatiguée, elle ne mangea plus.

Le lundi 19 octobre, prise de vertige et de faiblesse extrême, elle a pour la première fois deux ou trois selles noires ressemblant à du goudron.

Le lendemain encore une *selle noire*, toujours sans douleurs, mais apparaissent des nausées et des régurgitations qui lui donnent dans la bouche « un goût de suif ».

Le mercredi 21 octobre. *deux selles noires*.

Dans la soirée, deux syncopes successives précédées de faiblesse, pâleur extrême, vertiges, bourdonnements d'oreille. La malade s'alite, un médecin appelé prescrit un purgatif (calomel probablement).

Le jeudi 22. une *selle noire* dans l'après-midi, de trois à quatre heures, la malade vomit en trois fois quatre à cinq cents grammes de sang (évaluation du médecin), le sang était noir, poisseux.

Les jours suivants la malade est mise à la diète absolue, lavement de sérum artificiel alternant avec des lavements de chlorure de calcium.

Le mélena cesse le 23. amélioration notable de l'état général, quand, brusquement le 26 au soir, vers 9 h., la malade est reprise de vertiges, bourdonnements d'oreille, vers minuit elle vomit en deux ou trois fois du sang noir en quantité à peu près équivalente à la première hématomèse.

Vers une heure du matin *une selle noire*.

Le 27, la malade est transportée dans le service de M. Parmentier.

La malade est dans un état d'anémie profonde, les téguments sont décolorés; la malade, qui est d'une faiblesse extrême, se plaint d'une soif intense, pas d'autres symptômes fonctionnels, pas de douleurs spontanées.

La température est à 37°5. Pouls à 120 mais fort et bien frappée. L'examen de l'abdomen ne révèle rien d'anormal, à peine une légère douleur au niveau de l'épigastre.

M. Parmentier prescrit le traitement ordinaire : glace sur le ventre, immobilité absolue, sérum artificiel, lavement au chlorure de calcium.

Le 28 octobre, pouls 110, température 37°2.

Soif toujours très intense, pas de nausées, pas de vomissements, deux selles noirâtres dans la nuit, une selle le matin, ne paraissant plus contenir beaucoup de sang.

Le 29, pouls 110, pression artérielle 18 c. Hg.

Température, 37°6 le soir.

Dans la nuit selle liquide noire suivie d'une selle semblable le matin.

Depuis le 30, les selles redeviennent normales, l'état général s'améliore peu à peu, les téguments se recolorent, pas de douleur locale, pas de vomissement ni de nausées, on cesse les lavements au chlorure de calcium.

On commence le 4 novembre l'alimentation stomacale, très prudemment, ne permettant à la malade qu'une cuillerée à soupe de bouillie toutes les deux heures.

Le lendemain on ajoute à ce régime du lait coupé, une cuillerée toutes les deux heures.

Vers le 8 novembre on arrive à faire absorber à la malade un demi-litre, puis trois quarts de litre de lait.

A partir de ce moment on augmente lentement mais régulièrement et sans aucun incident l'alimentation. On y ajoute ainsi progressivement des potages au lait, des bouillies, de la viande avec des œufs, des purées.

Le 23 décembre la malade sort guérie?

Nous n'avons pas revu cette malade.

Obs. 27 (personnelle). — *Ulcus*. — *Mélæna* à 9 reprises. — *Syncopes*.

M. S..., maréchal-ferrant, 48 ans.

Dans les antécédents du malade on relève un coup de pied de cheval au ventre à l'âge de 18 ans.

Depuis 18 ans jusqu'à 36 ans, M. L... dit avoir souffert de son estomac.

Il faut noter des habitudes d'éthylisme, jusqu'à 3 litres de vin par jour et quelques apéritifs.

Le malade dit avoir usé de beaucoup de bicarbonate de soude et de charbon végétal, de 23 ans à 36 ans, sans dire quels symptômes gastriques il a ressentis. A 36 ans, *mélæna*.

A la suite d'une légère syncope, *mélæna* très abondant suivi de plusieurs syncopes. A la suite de cette première hémorrhagie le malade est d'une faiblesse extrême.

Pendant 18 mois, à neuf reprises on constate des selles noires comme du charbon, mais moins abondantes que la première fois.

A chacune de ces hémorrhagies, le repos, le régime lacté suffisaient à remettre le malade sur pied en quelques jours.

L'ingestion des aliments calmait la douleur, mais le malade n'insiste nullement sur le caractère de celle-ci : « c'était une lourdeur me donnant envie de me frotter ». La douleur survenait trois ou quatre heures après le repas de midi, cessait avant le repas du soir et revenait la nuit vers minuit ou une heure du matin.

De 25 à 40 ans, les troubles gastriques se sont accompagnés de vomissements aqueux, jamais alimentaires. *Aucune hématomèse*.

Depuis 1907 les hémorrhagies n'ont pas reparu, le malade est venu consulter M. Parmentier à l'hôpital Tenon en mars 1908.

M. Parmentier prescrit des pansements bismuthés et un régime composé de bouillies, laitage, œufs, légumes.

Depuis ce temps, les vomissements sont devenus très rares, M. S... n'a plus souffert que très peu, il mange surtout des légumes et des viandes blanches. Depuis 18 mois il travaille comme auparavant, trouvant cependant très pénible son métier de maréchal-ferrant.

Obs. 28 (personnelle). — *Syphilis*. — *Ulcus à hématoméses répétées*. — *Nombreuses rechutes*. — *Mauvais état général*. — *Capacité digestive très réduite*.

M. J..., fleuriste, 53 ans.

Antécédents héréditaires. — Inconnus.

Antécédents personnels. — Rougeole dans l'enfance, premiers troubles gastriques à 13 ans.

Chancres syphilitiques à 20 ans. Séjour à St Louis, à 24 ans ; traitement par l'iodure de potassium, à la dose de 4 ou grammes par jour, pendant 3 mois.

Pas d'éthylisme.

Les douleurs gastriques commencent peu après le traitement ioduré ; elles consistent en sensation de brûlure qui finissent par s'atténuer sans disparaître.*

A 33 ans, vomissement noir qui affaiblit beaucoup le malade.

Crises paroxystiques très douloureuses. La douleur est tardive, apparaissant 3 ou 6 heures après les repas. Presque tous les aliments occasionnent les crises.

La douleur est transfixiante, dorsale et épigastrique simultanément, très intense, obligeant le malade à comprimer son abdomen et à se courber en deux.

Les vomissements soulageaient le malade, ils étaient spontanés, pénibles, alimentaires, contenaient de la bile.

Les crises étaient intermittentes, disparaissant pendant quelques semaines pour reparaitre de plus belle.

Les premières crises ont été les plus pénibles, elles se sont atténuées et espacées.

Le malade se plaint en outre de *réurgitations aqueuses acides fréquentes*.

A 2 ou 3 reprises, *hématoméses* abondantes qui ont nécessité son transport à l'hôpital Tenon.

En plus du traitement habituel, on a songé à l'éventualité d'une syphilis gastrique et on institue le traitement par les piqûres de biiodure de mercure, mais en vain.

Actuellement, le malade pèse 48 kgs. Il se plaint de vomir après ses repas, d'être constipé habituellement. Il a remarqué la présence de peaux et membranes dans ses selles.

Il a remarqué que son estomac clapote à jeun.

Il ne peut se livrer à aucun travail et se trouve presque réduit à la mendicité. Il ne mange que très peu, il prend quelques œufs, du lait, un peu de vin coupé d'eau.

Obs. 29 (Personnelle). — *Ulcus remontant à 6 ans.*

Mme M. H. . . , 29 ans, couturière.

La malade entre à l'hôpital Tenon pour des douleurs gastriques et du *melæna*.

Antécédents héréditaires. — Rien de spécial.

Antécédents personnels. — Réglée à 16 ans et, depuis, toujours assez régulièrement; elle a toujours été faible et anémique. Depuis l'âge de 16 ans elle exerce la profession de couturière où elle se fatigue beaucoup.

Bien portante jusqu'à l'âge de 23 ans, elle perdit à cette époque une sœur de 25 ans, morte d'anémie et de faiblesse.

Très affectée et en même temps très surmenée, le lendemain même de l'enterrement, elle ressentit les premiers symptômes de ses douleurs stomacales.

Elle compare la douleur qu'elle ressentit à l'estomac à une brûlure, un picotement, un pincement au creux épigastrique. La sensation de brûlure s'irradiait dans le dos et vers les omoplates. La douleur survenait 2 heures après les repas, était calmée par l'*ingestion d'aliments* et reparaisait aussitôt après. La crise dure 1 heure ou 2, puis tout rentre dans l'ordre, sans vomissements.

Pas de constipation, selles normales et régulières. Elle se soigne à ce moment. Pendant les crises qui reviennent par périodes de 15 jours, tous les mois à peu près, elle se met au lait et au bicarbonate de soude.

Au mois d'août 1901, le matin en se levant, Mme H. . . est prise d'un *vomissement de sang noir* survenant brusquement, sans douleur; la quantité est évaluée par la malade à deux grands verres. Elle attribue cet accident à l'écart de régime qu'elle avait commis la veille en buvant de la bière. Un médecin ordonne des applications d'eau de-vie camphrée et prescrit le régime lacté pendant une huitaine de jours.

Elle reprend alors son travail, ayant de temps en temps des crises gastriques douloureuses, sans hémorragie.

En 1904, elle se marie; elle quitte son métier. Sa vie devenant moins fatigante, elle souffre beaucoup moins de l'estomac. Une grossesse survient et, pendant son cours, les douleurs disparaissent. Accouchement normal et les crises ne reparaisent qu'en janvier 1905; elle reprend du bicarbonate de soude et aussi, de temps en temps, le régime lacté.

Nous arrivons ainsi au mois de novembre 1905, où les crises prennent une acuité croissante.

A partir de la 2^e semaine de novembre, les crises deviennent quotidiennes, présentant jusqu'à 4 paroxysmes par jour. L'ingestion de la moindre quantité de lait est l'occasion de vives douleurs ; la malade est amenée à réduire son alimentation à 1 demi-litre de lait. Dans cette dernière période, elle n'eût pas d'hématémèses, les selles étaient noires, couleur marc de café ; cependant, il faut faire remarquer la coïncidence de pansements bismuthés.

Devant cette faiblesse et cette dénutrition extrême, son médecin la fait entrer dans le service de M. Parmentier, le 10 décembre 1906.

On se trouve en présence d'une malade très affaiblie, très anémiée ; les muqueuses sont pâles et décolorées. Elle souffre d'une douleur épigastrique vive, qu'elle compare à une brûlure ; cette douleur est *transfixiante*.

La réaction de *Weber* pratiquée sur les selles est positive.

M. Parmentier prescrit la diète absolue, les pansements bismuthés et 500 cc. de sérum artificiel tous les jours.

2 jours après l'entrée, la douleur a déjà cessé. La réaction de *Weber* est encore positive.

12 jours durant la malade reste à la diète absolue, reçoit 500 cc. de sérum par jour.

Le 18 décembre, injection de sérum gélatiné de 100 cc.

Le 20 décembre, les hémorragies continuent, toutes les selles contiennent du sang.

La malade s'affaiblit de plus en plus, son teint est décoloré ; elle se trouve dans une anémie extrême. La tête lui tourne dès qu'elle s'assied dans le lit. On multiplie les injections de sérum (2 de 500 cc. par jour en y ajoutant 2 injections d'huile camphrée matin et soir et, chaque soir, un lavement à garder, contenant 4 grammes de calcium. 1 demi-litre de lait à prendre par cuillerées d'heure en heure.

Les douleurs ont totalement disparu.

Après 6 jours de faiblesse extrême, la malade se remonte ; son teint se recoloré légèrement et ses forces reviennent.

Le 29 décembre, 3 selles noires.

Les selles redeviennent normales le 30 décembre.

On arrête les injections de sérum que l'on remplace par des injections de cacodylate de soude.

La malade s'alimente avec 2 litres $1/4$ de lait.

Le 12 janvier, la malade prend 3 potages, 4 œufs, une purée de 100 gr. de pommes de terre.

L'état général est bon, selles normales.

Nous n'avons pu retrouver cette malade.

Obs. 30 (Service de M. PARMENTIER). — *Ulcus datant de 7 ans. — Début à 20 ans. — Hématémèses. — Guérison apparente.*

Mlle D..., âgée de 31 ans.

Antécédents personnels. — Réglée à 10 ans 1/2 ; règles abondantes, non douloureuses. Se place comme bonne à l'âge de 15 ans ; séjour de 2 ans en Cochinchine, de 1896 à 1898.

Aucun trouble digestif avant 1900. A ce moment, Mlle D... a une place qui est l'occasion de surmenage et de fatigues. Se sentant affaiblie, elle consulte un médecin qui lui ordonne du quinquina et de la gentiane. Elle se plaint à cette époque d'insomnie et de céphalée persistante ; un second, consulté, prescrit de la *quinine en cachets*.

Bientôt apparaissent des douleurs gastriques suivies de vomissements. La malade fut mise d'abord à la diète, puis au régime lacté (traitement par des poudres alcalines. Comme la malade se plaignait de l'insuffisance de son régime, elle reçut des lavements nutritifs, en outre elle absorba pendant deux mois consécutifs un mélange de *teinture d'iode et de chloroforme* dont l'ingestion lui était très pénible, produisant des douleurs, des brûlures atroces.

A la suite de ce traitement, la malade vomit pendant 15 jours « des sortes de *peaux* présentant l'aspect de membranes de 2 centimètres de long, effilochées, de couleur blanchâtre avec quelques filets de sang ». Cet accident a succédé directement à l'ingestion de chloroforme et de teinture d'iode. La malade après cette période de 15 jours, continue à souffrir et à vomir ses aliments. Elle ne prenait que du lait et des œufs et avait la viande en horreur.

Tous ces accidents ont eu lieu en province. La malade revint à Paris le 20 juin 1901, un médecin lui prescrit des *gouttes amères* de Baumé, le régime lacté, les farineux,

A ce moment la malade se sentait un appétit spécial pour le vinaigre, le dégoût de la viande est persistant. Elle suivait avant les accidents gastriques le régime commun, son appétit n'a jamais été exagéré.

En août et septembre 1901, les douleurs deviennent plus vives, la malade se nourrit exclusivement de lait et d'œufs. Plusieurs vomissements par jour. Son estomac est ballonné, le port du corset devient impossible.

Le jeudi 6 novembre, après avoir bu une tasse de bouillon froid, la malade vomit une pleine bouteille de sang noir, cette hémorragie se reproduisit encore dans la nuit. Le 8 novembre la malade arrive à l'hôpital Cochin consulter M. Parmentier avec une bouteille de St-Galmier, pleine de sang vomi.

Voici les principaux symptômes dont se plaint en outre la malade.

Elle vomissait tout ce qu'elle prenait, les vomissements étaient alimentaires et bilieux, verdâtres. Pas de régurgitations aqueuses acides, la malade avait des aigreurs qui ont toujours été en augmentant.

Pas de constipation.

La douleur ressentie pendant les crises est fixe, siégeant au creux épigastrique, elle subissait une exacerbation entre 2 et 5 h. du soir, la douleur est « transperçante, l'empêchant de respirer ». Cette douleur s'irradiait dans le dos au niveau de la XI^e vertèbre dorsale.

La douleur est lancinante, sans aucune sensation de brûlure, celle-ci existait au niveau de l'œsophage, lors de l'ingestion des aliments ; elle disparaissait pour revenir un quart d'heure plus tard.

L'insomnie est constante, la céphalalgie intense.

Examen physique de la malade. — L'estomac est un peu dilaté ; pas de clapotage, les muqueuses ne sont pas décolorées.

Le 8 novembre 1902, jour de l'entrée, lavage d'estomac et pansement bismuthé, les douleurs cessent pour revenir le soir à 9 h.

Diète absolue, glace sur le ventre.

Le 10, la malade se trouve très améliorée, lavage d'estomac, on continue les pansements bismuthés.

11, lavage d'estomac, pansement bismuthé, piqûre de lécithine.

Lavements nutritifs.

On cesse les lavages d'estomac et les pansements bismuthés le 15 novembre. l'état général est excellent, la malade prend un litre de lait coupé d'eau. Amélioration progressive. Poids : 44 k., le 18 novembre, taille, 1.40.

Sort de l'hôpital le 24 décembre.

On note à plusieurs reprises pendant son séjour de la fièvre à 39° (le 29 novembre, le 30, 38°), l'auscultation révèle de la congestion, un peu de submatité du sommet du poumon droit.

A la sortie de l'hôpital, la malade s'alimente avec du lait, des potages, de la viande.

Revue en 1909 à l'hôpital Tesson en parfait état de santé, a suivi très longtemps le régime prescrit par M. Parmentier.

Santé parfaite depuis 4 ans.

Obs 31 (Personnelle). — *Ulcus datant de 10 ans. — Hématémèses. — Syncopes. — Méléna. — Hyperesthésie constante de la région épigastrique.*

M^{lle} V. ., 28 ans, cuisinière.

Antécédents personnels. — Pas de maladie infectieuses dans l'enfance, un peu d'anémie de 13 à 16 ans, caractérisée par de la pâleur et de la faiblesse générale, réglée régulièrement depuis l'âge de 13 ans.

C'est à 16 ans qu'apparaissent les premiers troubles gastriques.

C'est d'abord une sensation de ballonnement après les repas.

Bientôt après les deux principaux repas, douleurs violentes au creux épigastrique correspondant dans le dos. Ces douleurs avaient le caractère *transfixiant*.

Ces douleurs étaient précoces suivant immédiatement les repas et duraient 2 ou 3 heures.

Pendant la crise, la malade était obligée de se tenir courbée en deux et de s'aliter, elle se roulait dans son lit au moment de l'acmé.

Quelque temps après le début de ces accidents, des vomissements suivent les repas, ces vomissements contiennent les *aliments et du sang noir coagulé*.

Irréguliers dans leur apparition, les vomissements ont lieu plusieurs fois par jour, en série, par périodes d'une quinzaine de jours.

Le sang a disparu des vomissements assez rapidement, cependant on peut noter plusieurs syncopes et il y aurait eu du *melæna* pendant plusieurs jours.

Pendant près d'un an, ces crises douloureuses sont devenues de plus en plus fréquentes, presque quotidiennes, s'accompagnant de vomissements alimentaires qui soulageaient la malade.

Son état est devenu assez misérable, elle ne pèse plus que 45 k., sa faiblesse est extrême, les *syncopes sont fréquentes*, elle ne peut plus travailler et reste confinée à la maison.

Un médecin appelé prescrit l'alimentation par la voie rectale et le repos gastrique absolu.

L'amélioration ne se fait pas attendre. Bientôt les crises cessent, les forces reviennent, la malade travaille, elle ne ressent plus que de vagues douleurs dorsales passagères, et deux ans plus tard elle a gagné 15 kil.

Le régime suivi est le régime lacté absolu, quatre ou cinq litres de lait par jour.

En 1900, elle quitte la campagne et vient se placer à Paris comme cuisinière, elle oublie ses crises, cesse tout régime et pendant un an ne souffre plus.

Mais à cette époque, elle éprouve de nouveau des troubles digestifs. Les douleurs *transfixiantes* et les vomissements viennent rappeler à M^{lle} L..., la nécessité du régime.

Elle reprend donc le régime lacté et les vomissements s'espacent, ne revenant plus que deux ou trois fois par semaine.

Actuellement en avril 1909, nous trouvons une malade assez anémiée, aux muqueuses décolorées, ne présentant pas de souffle anémique de la jugulaire, ne se plaint que de quelques vomissements.

La constipation est habituelle, même en dehors des crises, opiniâtre et exagérée pendant les crises.

L'examen local montre une sensibilité extrême de la région épigastrique à la pression même légère.

Cette sensibilité existemême en dehors des crises, la moindre secousse, le moindre faux pas, ont leur retentissement sur l'estomac de la malade. L'examen local n'a pu être pratiqué.

Poids actuel : 55 k. Pression artérielle, 16 c. Hg.

M^{lle} M... peut travailler régulièrement toute la journée.

Régime : pâtes, purées, bouillies. La malade suit son régime régulièrement.

Obs. 32 (Personnelle). — *Ulcus datant de 49 ans. — Hématémèses et méléna. — Douleur surtout abdominale. — Ulcus du duodénum.*

M. J..., garçon livreur, 54 ans.

Antécédents personnels. — Pas de maladies infectieuses dans l'enfance. Tœnia à l'âge de 12 ans. Ancien éthylique (plusieurs apéritifs par jour).

Dès l'âge de 18 ans régurgitations aqueuses le matin au lever, ne présentant aucun caractère d'acidité.

A cette époque, et jusqu'à 35 ans, M. J... suit le régime alimentaire commun. N'a pas de fringales.

A 35 ans, un soir, après avoir travaillé toute la journée, hématurémèse abondante, sang noir coagulé.

Transporté à l'hôpital Baujon il y reste un mois, traité par les applications de glace sur le ventre et le régime lacté.

Le lendemain de l'entrée à l'hôpital seconde hématurémèse très abondante. Il séjourne plusieurs semaines, en sort très amélioré, mais il est bientôt contraint d'y rentrer à cause de son extrême faiblesse.

Il suit un régime composé d'œufs, de purée, de laitage. Sort de l'hôpital en excellent état et reste en bonne santé jusqu'à l'âge de 44 ans.

Il y a 10 ans, sans cause occasionnelle apparente, deux ou trois heures après son repas, le malade est pris d'une vive douleur qui l'oblige à se recroqueviller sur lui-même ; cette douleur siègeait au-dessus de l'ombilic à un ou deux travers de doigt.

Les crises douloureuses se reproduisent les jours suivants à intervalles irréguliers.

Pour calmer ses souffrances le malade fait un usage quotidien de bicarbonate de soude à doses faibles, environ deux grammes par jour, mais le soulagement n'est que momentané ; il emploie sans plus de succès les compresses d'eau chaude.

Pendant les crises, l'anorexie est presque absolue, le malade est forcé de s'aliter, sa position favorite est le décubitus dorsal.

La viande provoque souvent des crises paroxystiques douloureuses qui

irrégulières dans leur apparition, durent parfois sept à huit jours consécutifs avec plusieurs acmé^s par jour.

A aucun moment de l'évolution de cette affection on ne retrouve ni les *réurgitrations acides* ni les *vomissements*, ni la *constipation*. La douleur n'est ni rachidienne, ni épigastrique, mais bien abdominale, se présentant sous la forme de coliques très douloureuses.

A plusieurs reprises hématomèses et méléna se reproduisent en 1902. Hématémèse, sang noir coagulé sans perte de connaissance. Une autre hématomèse en 1904 suivie de *syncope*. Enfin, en décembre 1907, pendant plusieurs jours consécutifs, méléna.

Dans l'intervalle de ces hémorragies les crises persistent, elles deviennent de plus en plus fréquentes. Actuellement elles sont au nombre de trois ou quatre par mois, durant un à deux jours.

Au mois d'avril 1909, nous trouvons un malade pâle, anémié, aux muqueuses décolorées, fatigué au moindre effort.

Il a dû quitter son métier pénible de livreur depuis plusieurs années à cause de sa faiblesse.

Son poids qui était tombé il y a quelques années à 50 kilogr, est actuellement de 64 kilogr.

L'examen local ne révèle rien d'anormal. Pas de sensibilité douloureuse à la pression.

Pas de clapotage à jeun. La limite inférieure de l'estomac est à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Pas de signe de cirrhose ou de précirrhose.

Temporale très sinueuse. Arères dures.

Pouls : 72. Pression : 17 c. Hg.

La réaction de Weber est négative.

Obs. 33 (Personnelle). — *Ulcus datant de 27 ans. — Deux hématomèses malgré le régime strictement observé.*

M^{me} D. . . , blanchisseuse, 43 ans.

Antécédents héréditaires et collatéraux. — Père et mère vivants. Une sœur morte de tuberculose pulmonaire.

Antécédents personnels. — Pas de maladies infectieuses dans l'enfance. Réglée à 15 ans et depuis régulièrement.

A 18 ans début des symptômes gastriques. Deux heures environ après les repas surviennent au creux épigastrique des douleurs comparées par la malade, à des *crampes*. La douleur épigastrique était tellement limitée à la région xiphoidienne. Elle s'accompagnait d'une douleur dorsale, simultanée au niveau de la pointe de l'omoplate. On eût dit que les deux parois de mon estomac étaient collées ensemble, déclare la malade.

Les crises douloureuses paroxystiques duraient environ une heure et se terminaient insensiblement.

La viande et le pain exagéraient ces phénomènes, aussi, malgré un appétit exagéré (plus d'une livre de pain par repas), la malade restreint-elle son alimentation.

Il n'y a à cette époque que la seule douleur succédant aux repas et revenant quatre ou cinq fois par mois.

La malade s'affaiblit et maigrit un peu mais elle ne doit pas quitter son travail. Cet état de troubles gastriques dure environ un an. De 19 à 24 ans les crises disparaissent brusquement.

Mariée à 21 ans, elle a eu quatre enfants.

A 24 ans, fièvre typhoïde suivie d'une convalescence de trois mois. La malade fait usage de cachets de quinine.

A 28 ans, sans cause apparente, nouvelle crises s'accompagnant désormais de régurgitations aqueuses, acides

La souffrance est beaucoup plus vive que lors des premières crises. C'est maintenant la sensation d'une plaie à vif, d'une brûlure. La douleur est transfixante. La malade supporte à peine le contact de ses vêtements.

La pression, même légère sur le creux épigastrique, éveille la douleur, il en est de même de la pression au niveau de la pointe de l'omoplate gauche.

La malade se met à suivre strictement un régime composé de laitage, œufs, purées. Les crises perdent de leur intensité, au lieu de suivre à peu près chaque repas, elles deviennent mensuelles sans présenter de coïncidence avec les règles.

La constipation devient habituelle.

Jusqu'à l'âge de 40 ans la malade peut travailler régulièrement.

Il y a quatre ans, sans aucun écart de régime, apparaissent des vomissements surtout aqueux, spontanés, se présentant tantôt immédiatement après le repas, tantôt deux heures plus tard. Ces vomissements ne soulageaient pas la malade.

Sans prodromes immédiats, hématemèse abondante, suivie de syncope. Transportée à l'hôpital Tenon, la malade y reste 4 mois en traitement (lavements nutritifs, diète lactée, pansements bismuthés). Les crises cessent.

A la sortie de l'hôpital, la malade pèse 35 kgs.

Peu de temps après, crises et vomissements reparaissent quoique moins fréquents. La malade reste confinée chez elle à cause de sa faiblesse, elle suit un régime composé d'œufs, de laitage, de bouillies et purées.

Il y a six mois, étant au régime prescrit, nouvelle hématemèse. Nouveau séjour de 4 mois à l'hôpital Tenon. Même traitement et, comme la première fois, les crises cessent.

Séjour à la campagne, il y a 6 mois. Depuis ce temps, amélioration sensible.

Nous avons vu la malade en avril 1909, elle était pâle, assez anémiée, présentant de la décoloration des muqueuses, mais pas de souffles vasculaires.

Son poids était de 38 kgs, la pression artérielle de 13 c. Hg.

Tous les symptômes gastriques ont disparu.

L'examen local ne révèle pas de clapotage.

La limite inférieure de l'estomac atteint l'ombilic.

La région épigastrique n'est pas sensible à la pression légère ou profonde.

Mme D... se nourrit d'œufs, de laitage et de bouillies, n'osant pas reprendre le régime commun.

Elle se borne actuellement à faire son ménage.

Réaction de Weber négative.

Obs. 34 (Personnelle). — *P emie s troubles gastriques à l'âge de 13 ans. — Typhoïde. — Ulcus remontant au moins à 11 ans. — Plusieurs hémâtémèses. — Etat général actuel très bon.*

Mme G..., blanchisseuse, 33 ans.

Antécédents personnels. — Pneumonie à 3 ans, réglée à 12 ans. Les premiers troubles gastriques remontent à l'âge de 13 ans. Vomissements alimentaires aussitôt après les repas, sensibilité douloureuse de la région épigastrique.

Le corset n'était pas supporté. Migraines fréquentes. Usage habituel d'antipyrine. A 17 ans, *fièvre typhoïde* grave, suivie de deux rechutes. Peu après, on traite la malade par la *créosote*. Les migraines continuent d'être fréquentes et sont suivies de vomissements alimentaires au moins 3 fois par semaine. Mariée à 18 ans, une grossesse; les migraines persistent, ainsi que l'abus de l'antipyrine. A 20 ans, en 1896, les douleurs gastriques existent déjà; le vin, pris en faible quantité, n'est pas toléré; abus de café.

A 21 ans, congestion pulmonaire. A 22 ans, à la suite de *contrariétés*, crises gastriques douloureuses pendant 2 ou 3 mois. Un jour, à la suite d'une digestion plus laborieuse que d'ordinaire, la malade fut prise de vertige et bientôt se produit une *hémâtémèse* fort abondante suivie de *melæna*. La malade reste à l'hôpital Lariboisière, où elle était en visite lors de cet accident.

Au bout de 8 jours, elle retourne chez elle et cesse de travailler. Les douleurs disparaissent pendant 6 mois et aucun malaise gastrique ne se reproduira jusqu'en 1906, malgré les fatigues endurées. Les vertiges et

les étourdissements reparaissent à partir du mois d'août 1905. Au mois de décembre 1905 « douleurs terribles dans le dos, brûlures au creux épigastrique, sensation d'une barre de fer qui la traverse de l'estomac au dos ». Se rappelant les symptômes déjà éprouvés, la malade redoute une hématomèse. Un médecin, consulté, interdit tout travail et prescrit la diète lactée.

8 jours après se produit une *hématomèse* très abondante, une pleine cuvette de sang est vomie; *melena*. Mme G. se refuse à entrer à l'hôpital.

Une seconde *hématomèse* se produit 2 jours après.

On transporte la malade d'urgence à St-Louis. Elle y reste 3 semaines. Diète absolue pendant 8 jours; diète lactée pendant 3 semaines. Sur le conseil de M. le docteur Rochard, elle vient à l'hôpital Tenon consulter M. Parmentier; elle reste 15 jours en observation, on pratique l'examen du suc gastrique.

Depuis cette époque, la malade suit le régime que lui a prescrit M. Parmentier, mais par intermittence seulement. Au régime alimentaire commun en temps ordinaire, elle se remet au lait, aux œufs, aux potages au moindre malaise gastrique. Elle proscriit le pain, cause provocatrice des crises. Enfin, elle évite la constipation, qu'elle redoute par-dessus tout.

Depuis 3 ans, les crises se sont espacées; elle peut faire son métier et, à son grand étonnement, se porte très bien.

Obs. 35 (Personnelle).

Mme J. . . , 49 ans, ménagère.

Antécédents personnels. — Pas de maladies infectieuses. A 32 ans, au cours d'une grossesse, à 6 mois 1/2, Mme J. . . tombe sur une clef? Le lendemain, naissance d'un enfant mort, ayant le crâne défoncé, dit la malade.

Deux ans après, traumatisme, et sans présenter dans l'intervalle qu'un amaigrissement progressif.

C'est une *hématomèse* abondante, non douloureuse, qui est le premier accident gastrique. La malade vomit une demi-cuvette de sang noir; elle est soignée à l'hôpital Lariboisière, où elle fait un séjour de 4 mois.

Elle sort de l'hôpital, en apparence guérie, et reprend son embonpoint normal.

Elle mène à terme une deuxième et une troisième grossesse.

3 ans après l'hématomèse, apparaissent des crises douloureuses paroxystiques.

Ces crises sont caractéristiques, la malade présente la douleur transfixiante; elle compare cette douleur à une sensation de brûlure et de morsure. La douleur s'irradie vers les épaules et les reins.

Pendant la crise, l'anorexie est presque absolue. La malade ne prend qu'un peu de lait; d'ailleurs, des vomissements alimentaires accompagnent la crise, mais ne soulagent pas la malade.

Pour atténuer ses souffrances, la malade est obligée de se tenir courbée en deux.

Les crises suivent immédiatement les repas, atteignant leur paroxysme d'emblée et disparaissant d'emblée.

Pendant les crises, hyperesthésie, la région épigastrique est extrême et subsiste encore nette dans l'intervalle des crises.

La constipation est habituelle et s'accompagne d'entérite mucomembraneuse.

Depuis 17 ans, à 6 reprises différentes, ont apparu ces crises douloureuses qui sont presque quotidiennes, pendant une période qui dure plusieurs mois, 6, 8 ou 10 mois.

Ces crises présentent plusieurs paroxysmes par jour, très intenses, obligeant la malade à se rouler par terre.

Il y a 5 semaines, *hématémèse* peu abondante, sang noir.

Actuellement, avril 1909, malade pâle, anémiée, muqueuses décolorées, ne présente pas de souffles vasculaires.

La malade se plaint depuis quelque temps de régurgitations aqueuses acides et d'une *douleur rachidienne*, accompagnant la douleur épigastrique.

Régime actuel : pain, purées, laitage; la viande provoque les crises.

La malade peut travailler régulièrement dans l'intervalle des crises.

Poids actuel, 56 kgs (taille 1 m. 57).

CONCLUSIONS

Il nous a paru intéressant de rechercher ce que devenaient les malades porteurs d'ulcère gastrique non opéré.

Une enquête portant sur une période de dix ans, pratiquée à l'hôpital Lariboisière et à l'hôpital Tenon nous a permis de retrouver 86 malades sur 342 admis dans les services.

L'examen de ces malades, ou les renseignements que nous avons pu nous procurer, nous permettent de constater les résultats suivants :

Les suites éloignées du traitement médical se sont montrées excellentes pour 12 malades, soit 13 %.

Elles se sont montrées moins bonnes pour 20 malades, soit 23 %.

Le traitement médical n'a pas empêché l'ulcère de continuer son évolution chez 25 malades, soit 29 %.

L'intervention chirurgicale a été nécessaire chez 22 malades, soit 25 %.

Enfin, 7 malades ont succombé, soit 1 % et nous n'avons pu déterminer, en l'absence de renseignements précis, la cause de leur mort.

Il ne nous appartient pas d'opposer les suites éloignées du

traitement médical à celles du traitement chirurgical, le second étant souvent le complément nécessaire du premier.

Nous ne pouvons qu'admirer, en terminant, la clairvoyance de Cruveilhier qui avait vu la gravité du pronostic de cette lésion, et lui avait donné le nom d'ulcère simple *chronique* de l'estomac.

Vu :
Le Doyen :
LANDOUZY.

Vu :
Le Président de la Thèse,
HARTMANN.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

- Bokitansky.** *Archives générales de Médecine*, juin 1840.
- Brinton.** *Traité des maladies de l'estomac*. Paris, 1870, traduction Riant.
- Bulstrode**, in MANSELL MOULIN *Brit. med. Journal*, 25 avril 1903, p. 953.
- Cade et Bourret.** *Comptes rendus du Congrès français de Médecine*, Paris, 1907, II, p. 164-165.
- Cruveilhier.** *Archives générales de Médecine*, 1851.
- Denéchau.** *Suites médicales éloignées de la gastro-entérostomie au cours de l'ulcère de l'estomac et de ses complications*. Thèse Paris, G. Steinheil, 1901.
- Gilles de la Tourette.** L'ulcère rond dans les hôpitaux de Paris. Pathogénie et statistique. *Bull. et mém. de la Société méd. des hôpitaux*, 1894, p. 274 ; *Semaine médicale*, 1899, p. 377.
- Hartmann.** *Comptes rendus du Congrès français de Médecine*, Paris, 1907, II, 132-133.
- Hewes.** *Journal of the american med. association*, sep. 1906.
- Lasnier.** *L'ulcère simple chronique de l'estomac chez l'enfant*. Thèse de Paris, 1908.
- Lebert.** *Traité des maladies cancéreuses*. Paris, 1861, p. 526.
- Linossier.** *Rapports du Congrès français de Médecine*, 1907, Paris, p. 190-191.
- Luton.** *Dictionnaire Jaccoud* (article Ulcère de l'estomac) et *Recueil des travaux de la Société médicale d'observation*. Paris, 1858.
- Parmentier et Lasnier.** De l'ulcère simple chronique chez l'enfant, *Bullet. et Mém. Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 18 décembre 1908.
- Robert B. Greenough et Elliott J. Joslin.** *American Journal of Med. sciences*, août 1899, p. 167-183.
- Soltan Jenwick et Jarkinson** in PATERSON. *Lancet*, London, 24 fév. 1906.
- Tuffier.** *Traité de chirurgie de l'estomac*, 1901 (passim).
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I ^{er} . — L'avenir des ulcéreux	9
a) Les statistiques anciennes.....	10
b) Enquêtes dans la clientèle hospitalière.....	14
CHAPITRE II. — Statistique de l'ulcère gastrique à l'hôpital Lariboisière et à l'hôpital Tenon	32
CHAPITRE III. — Résultats de notre enquête personnelle	39
CHAPITRE IV. — Variétés cliniques de l'ulcère gastrique	45
CHAPITRE V. — Résumé de l'état actuel de nos malades	50
OBSERVATIONS.....	59
CONCLUSIONS.....	115



